

Фото А. Чумичева (Фотохроника ТАСС)

ЗДОРОВЬЮ НАРОДА — ОСОБОЕ ВНИМАНИЕ!

С 17 по 19 сентября в Москве, в Кремлевском Дворце съездов, проходил Всесоюзный съезд врачей. В нем приняли участие более 5 тысяч делегатов и гостей, среди которых были представители промышленных предприятий, колхозов и совхозов, партийных, советских, профсоюзных, комсомольских и других общественных организаций. В работе съезда приняли участие М. С. Горбачев, другие руководители партии и государства, делегации деятелей здравоохранения и ученых-медиков зарубежных стран, генеральный директор Всемирной организации здравоохранения Хироси Накадзима, сопредседатель международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» Бернард Лаун.

С докладом выступил министр здравоохранения СССР академик Е. И. Чазов.

От имени собравшихся он выразил искреннюю благодарность Центральному Комитету КПСС за сердечное приветствие делегатам Всесоюзного съезда врачей.

Признание значимости нашей работы, сказал докладчик, особенно дорого нам сейчас — в годы перестройки советского здравоохранения, в трудный период восстановления приоритета охраны здоровья в жизни нашего общества, в период, когда идет непростой процесс восстановления доверия к советскому здравоохранению, доверия к врачу. Лишь после XXVII съезда партии, смело и объективно вскрывшего те чуждые социализму явления, которые сдерживали развитие социальной сферы нашего общества, здраaохранение не на словах, а на деле получило приоритетное развитие.

Были не только вскрыты и обнародованы причины недостатков в охране здоровья народа, но и сформулирована в «Основных направлениях развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» стратегия партии в этой важнейшей области социального развития страны. Чтобы представить масштабы перестройки здравоохранения и активную позицию партии в этом вопросе, можно указать, что только на выполнение трех известных вам, подчеркнул министр, постановлений ЦК КПСС и Совета Министров СССР и двух постановлений Совета Министров СССР об обеспечении населения лекарствами и о развитии медицинской техники, принятых за последний год, будет выделено до 1995 года более 190 миллиардов рублей.

Отвечая на поставленный в докладе вопрос, с чего начать перестройку системы здравоохранения, Е. И. Чазов сказал, что прежде всего необходимо четко представлять, что без коренных изменений в системе планирования, финансирования и управления здравоохранением мы не решим поставленных задач. В основе этих изменений должен лежать переход от экстенсивных методов и показателей к методам и показателям, определяющим качество работы, оценку ее по конечному результату — здоровью народа. В течение 1988—1990 годов предстоит разработать новые принципы планирования, финансирования и управления системой здравоохранения, с тем чтобы в тринадцатой пятилетке все здравоохранение начало работать по-новому, на более высоком качественном уровне, обеспечивающем в любом уголке нашей великой

страны охрану здоровья народа в соответствии с достижениями медицинской науки.

Но это, подчеркнул министр, только одно из звеньев в сложном многообразии вопросов, которые предстоит решить, для того чтобы добиться коренного изменения в здравоохранении. Прежде всего мы должны активизировать нашу работу в области профилактики. Вернее, даже коренным образом изменить отношение к ней на всех уровнях — от участкового и цехового врача до руководителей здравоохранения, изменить отношение к ней партийных, советских, хозяйственных организаций, всего общества в целом.

В нашей стране ежегодно болеют острыми кишечными заболеваниями и вирусными гепатитами свыше 2,5 миллиона человек, более 9 тысяч — брюшным тифом. Экономический ущерб, по самым скромным подсчетам, составляет 800 миллионов рублей в год. Да что деньги: в 1987 году от этих заболеваний умерло около 25 тысяч человек, большинство из которых дети.

С чем связаны эти заболевания? Это недоброкачественная питьевая вода, недоброкачественные, инфицированные молочные продукты и продукты мясоперерабатывающей промышленности. А как этому не быть, если 25% молокоперерабатывающих и 30% мясоперерабатывающих предприятий не соответствуют санитарным требованиям?

Мы, в том числе и наши санитарные службы, да и весь наш врачебный корпус, долго мирились с подобной ситуацией. Мирились с тем, что в открытые водоемы ежегодно сбрасывается 160 кубических километров сточных вод, мирились с тем, что 25% мощностей очистных сооружений не работает.

Возьмем, сказал докладчик, другой пример. Мы ищем пути предупреждения материнской смертности и врожденных аномалий у детей. Но ведь для этого не требуется больших научных разработок. Достаточно обратиться к фактам. Сегодня из 9,4 миллиона человек, работающих на производствах с вредными условиями труда, 30% — женщины; на тяжелых физических работах занято 270 тысяч женщин. Вот одна из важнейших причин осложнений при беременности и родах.

По всем этим проблемам свое твердое слово должна сказать санитарная служба страны. Она первой стоит на защите здоровья человека, и от ее активности, принципиальности во многом зависит благополучие нашего общества.

Е. И. Чазов прямо сказал, что существующая в стране система санитарного просвещения, санитарно-гигиенического воспитания себя изжила. Дома санпросвета не выполняют своей основной функции воспитания, особенно молодежи и детей, в духе здорового образа жизни. Количество прочитанных лекций, составляющих по стране миллионы, находится в прямом противоречии с уровнем медицинских, гигиенических и санитарных знаний народа. Вот почему мы считаем, что нам надо в сотрудничестве с профсоюзными организациями, с недавно созданным Советским фондом милосердия и здоровья, с Союзом обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР, с другими общественными организациями создавать вместо домов санпросвета центры здоровья, которые должны возглавить работу по формированию здорового образа жизни. Подойти к этому вопросу необходимо творчески, без шаблона, важно привлечь молодежь. В таких центрах должны быть оборудованы залы лечебной физкультуры, залы спортивных танцев, работать лектории молодого человека и молодой семьи, давать консультации диетологи и специалисты по аутотренингу.

Остро были поставлены в докладе вопросы обеспечения лекарственными средствами и медицинской аппаратурой, эффективности медицинской науки, подготовки кадров, совершенствования диагностической базы первичной медицинской помощи. В ближайшие 5—6 лет намечено создать диагностические центры в столицах всех союзных республик, в краевых и областных центрах. Вводятся новые формы работы учреждений здравоохранения — дневные стационары, стационары на дому.

Партия и правительство, сказал в заключение министр, наметили стратегию перестройки и совершенствования здравоохранения, выделили средства для укрепления его материально-технической базы. Дело теперь за нами, за партийными комитетами, органами Советской власти на местах.

Горячо и заинтересованно, порой и нелицеприятно, с позиций сегодняшнего дня делегаты анализировали опыт и недостатки нашего здравоохранения, обсуждали мероприятия по перестройке управления им, новые подходы к его планированию и финансированию, проблемы повышения эффективности профилактики, уровня и качества медицинской помощи, профессиональной подготовки к врачебной деятельности, ответственности человека за свое здоровье перед обществом и общества перед каждым гражданином. С трибуны съезда прозвучало немало конструктивных предложений.

Высказывались, например, мнения поощрять тех, кто бережет здоровье и не болеет, дополнительным отпуском или путевкой в дом отдыха, турбазу; взять под контроль профсоюзов питание беременных женщин; приравнять выпуск лекарств, медицинских приборов и инструментов к выпуску товаров народного потребления, что будет выгодно любому предприятию; организовать движение врачей за оздоровление экологической обстановки; передать контроль за всей выращенной продукцией районным санэпидстанциям, а не ведомственным лабораториям агропрома; обучать основам здорового образа жизни в школе, пригласив преподавать этот предмет врача; перейти на принцип страхования здоровья, то есть создавать фонды, в основе которых должны быть бюджетные ассигнования, средства предприятий, профсоюзов, и из этих фондов оплачивать лечение каждого конкретного человека; развивать только те медицинские кооперативы, которые предлагают услуги по уходу за больными, а также реабилитационно-оздоровительные кооперативы и производящие изделия для нужд медицины. Подавляющее большинство делегатов считает, что лечебно-диагностическая помощь должна оставаться государственной.

Более 500 предложений делегатов и гостей было подано в письменном виде. Некоторые из них вошли в документы съезда.

И в докладе министра, и в выступлениях делегатов звучала мысль о необходимости кропотливой работы, направленной на воспитание у населения навыков здорового образа жизни, о том, что прежде всего сами врачи должны стать эталоном здорового образа жизни, проводниками передовых методов профилактики, все больше и больше заниматься здоровыми и относительно здоровыми, а не только больными людьми.

В связи с этим и перед журналом «Здоровье» — массовым научно-популярным изданием, выходящим тиражом 16 миллионов 800 тысяч экземпляров, встают новые задачи. Как поднять эффективность пропаганды медицинских знаний? Что сделать, чтобы пропаганда была убедительной и привлекала людей всех возрастов и социальных групп? Какими должны стать советы и рекомендации специалистов, чтобы они помогли человеку осознанно вести здоровый образ жизни?

С этими вопросами наш корреспондент обратился к нескольким делегатам съезда.

В. Е. РАЗУМОВИЧ, главный врач Чулковской участковой больницы Вачского района Горьковской области:

— Ваши читатели задают много вопросов врачам. И требуют лечения такого, как в столичных условиях.



Может, поэтому я не очень люблю журнал... Но надо быть объективным — такой журнал может формировать у людей навыки здорового образа жизни, обратить их внимание на те видимые и ощутимые отклонения в состоянии своего здоровья, которые должны заставить обратиться к врачу.

О. Ю. АТЬКОВ, космонавт СССР, врач-исследователь, Герой Советского Союза:

— Мне думается, надо шире использовать живую беседу журналиста и специалиста, проводить своего рода «круглые столы». Я лично за плюрализм методов профилактики и лечения, но только проверенных. Профессиональная этика должна уберегать журналистов, работающих в средствах массовой информации, от необдуманных, невзвешенных оценок непроверенных новинок.

Б. Д. ОРАЗГАЛИЕВ, заведующий Павлодарским облздравотделом Казахской ССР:

— Нужна система, циклы бесед, чтобы читатель ждал следующий номер. Через какое-то время повторить темы, с учетом достижений науки — это вы делаете. Но хотелось бы, чтобы журнал учитывал и разъяснял плюсы и минусы местных традиций в питании, образе жизни, отношении к здоровью и болезни, в уходе за детьми. Надо бы больше говорить о здоровье семьи в целом и в конкретной среде ее обитания. Стоит подумать об издании интересно, эмоционально и убедительно написанных брошюр, специальных приложений к журналам и местным газетам по вопросам здорового образа жизни на национальных языках — там, где это необходимо.

С. Е. АНКУДИНОВА, врач-радиолог, Читинская область:

— Человек слишком уповает на таблетку. Ему надо помогать дельными и конкретными советами, как из болезни перейти в здоровье, как быстрее восстановиться, избавиться от слабости, остаточных явлений. При помощи диеты, лечебной физкультуры, самомассажа, аутотренинга. Его надо воспитывать быть уверенным в себе, в своих силах и возможности преодолеть болезнь. А у вас в журнале, мне кажется, он впитывает в себя иногда не здоровье, не оптимизм, а симптомы заболевания. Может, я не права... В семье, в детском саду, в школе, в печати мы должны ориентировать всех людей на укрепление того, что дано природой, не разрушать, не разбазаривать здоровье, нести за него ответственность перед обществом. И тут роль печати огромная.

А. П. РОМОДАНОВ, директор Киевского НИИ нейрохирургии Минздрава УССР, депутат Верховного Совета СССР, Герой Социалистического Труда:

— Если взять здоровье человека за 100%, то где-то на 10% оно зависит от медицины, на 40% — от условий труда, жизни, отдыха, а на 50% — от самого человека. Алкоголь, курение, избыточное питание, неподвижность — злейшие враги здоровья. Сколько мы пишем, говорим об этом с людьми, а сдвигов мало. В США, например, социологи установили, что среди престижных ценностей на первом месте стоит здоровье. У нас оно на восьмом месте. Нам пока далеко до всеобщей психологической настроенности на то, что неприлично быть, например, толстым, пьяным, курить, задыхаться уже на втором лестничном марше.

Я сам часто выступаю перед населением, так как являюсь председателем республиканского общества борьбы за трезвость. И как часто я вижу равнодушные глаза слушателей! Медицинская безграмотность населения удручает. Человек живет безалаберно, не вникая ни в какие советы и доводы: врачи, мол, только запугивают, портят настроение. И лишь когда появится несколько болячек, начинает волноваться, как жить дальше, кто поможет...

В любом возрасте, конечно, можно коренным образом изменить отношение к своему здоровью. Но давайте терпеливо, настойчиво обращаться в первую очередь к родителям: ну ладно, вы выросли вот такими, но уберегите своих детей от вредных привычек, привейте им стремление к совершенствованию духа и тела, чтобы для них был образцом человек стройный, подтянутый, духовно богатый, добрый (а разве у измученного болезнями человека есть силы делать добро другим?). Вы, родители, можете сделать так, что ваши дети проживут дольше, полноценнее. Никакие новые миллиарды рублей, выделенные здравоохранению, и даже полное оздоровление внешней среды ничего не дадут, если мы сами останемся безжалостными к своему здоровью.

К. Т. ЦИРЕКИДЗЕ, заведующая Начагарской сельской врачебной амбулаторией Махарадзевского района Грузинской ССР:

— Я с благодарностью читаю «Здоровье», потому что нахожу здесь квалифицированный, доступный любому человеку материал для своих бесед с больными. Правильно говорила с трибуны съезда моя коллега, участковый врач из Тюмени: на разговор, на рекомендации больному во время приема у нас остается 2—3 минуты. Это непозволительно мало, а еще ведь надо и уметь четко, на современном уровне знаний что-то порекомендовать, показать. Где мы это сами почерпнем? Научные медицинские журналы мало что дают практическому врачу. А из журнала «Здоровье» я беру на вооружение и комплексы ЛФК, самомассажа и многое другое. Конечно, это ни в коей мере не подменяет изучения мною специальной литературы, но в доступной для больного форме лучше всего дает советы именно журнал «Здоровье».

Хотелось бы, чтобы вы были ближе к жизни, учитывали неравноценные условия труда и быта людей. Моим бы, например, чаеводам, особенно женщинам, целыми днями работающим согнувшись над кустами, нужны несложные комплексы физкультуры, самомассажа ног и спины, которые помогли бы восстановиться за 15—30 минут. По крупицам выискиваю из разных изданий советы для доярок, механизаторов. Может, стоит чаще повторять в журнале то, что необходимо знать тысячам и тысячам людей.

Нельзя не согласиться с мнениями делегатов съезда. Видимо, Всесоюзному научно-исследовательскому центру профилактической медицины Минздрава СССР следует тщательно разработать научную концепцию пропаганды медицинских знаний, санитарно-гигиенического воспитания населения и вооружить этой концепцией создаваемые в стране центры здоровья, которые и должны возглавить работу по формированию здорового образа жизни.

Съезд принял Обращение к врачам мира с призывом объединить усилия и сделать все, чтобы люди Земли могли иметь светлое здоровое будущее, основанное на тесном сотрудничестве, взаимном доверии и уважении.

В ходе острой дискуссии была принята резолюция. В ней, в частности, говорится: «Сознательное и ответственное отношение к здоровью как общенародному достоянию, формирование здорового образа жизни каждого человека должно стать нормой поведения всех советских людей. Это предполагает искоренение вредных привычек, воспитание культуры общения, питания, систематические занятия физкультурой и спортом, повышение гигиенических знаний, гармоничное развитие личности, что необходимо учитывать в практике санитарного просвещения».

Н. МЕНЬШИКОВА

КАЖДЫЙ В ОТВЕТЕ ЗА ВСЕХ!

Главный государственный санитарный врач СССР, заместитель министра здравоохранения СССР А. И. КОНДРУСЕВ беседует с корреспондентом «Здоровья».

— Александр Иванович, в ряду различных дней «защиты» и «борьбы» появился еще один — Всемирный день борьбы со СПИДом. Еще один сигнал бедствия в масштабах планеты?

— Безусловно. Практически весь мир поражен в той или иной степени вирусом СПИДа. Можно и нужно, вероятно, говорить о пандемии СПИДа. К глубокому сожалению, это касается и нашей страны.

— Как на сегодняшний день распределяется пандемия?

— Условно она охватывает три основных региона. Первый — страны Американского континента и Западной Европы, где наибольшее количество больных. Второй — Африка. Здесь сложилась весьма тревожная ситуация. Третий — страны Восточной Европы, Советский Союз и Юго-Восточная Азия, где больных и носителей вируса существенно меньше, чем в первом и втором регионах...

— Каково положение у нас?

— К настоящему времени в СССР проведено более 16 миллионов исследований крови людей, из них почти одиннадцать миллионов исследований у доноров. Выявлено инфицированных всего 412 человек, в том числе 329 иностранцев и 83 советских гражданина. В их числе и несколько доноров. Словом, инфекция в стране существует, опасность ее распространения достаточно велика.

Следует, вероятно, еще раз подчеркнуть: пока ни лекарств, ни вакцин против СПИДа нет. Лечить мы его не можем, и выработать у человека иммунитет тоже пока не представляется возможным. Зная специфику этого заболевания, зная, что основной путь передачи вируса — половые контакты, что носительство вируса регистрируется преимущественно у лиц, склонных к половым извращениям (в первую очередь гомосексуалистов) и ведущих беспорядочную половую жизнь, надо постоянно помнить о необходимости соблюдения нравственных норм, о серьезности создавшегося положения и о том, что заболеть или не заболеть СПИДом во многом зависит от САМОГО ЧЕЛОВЕКА.

— Но ведь есть и второй путь проникновения инфекции, когда даже самый высоконравственный человек может оказаться жертвой халатности и безответственности.

— Вы правы. Второй путь проникновения инфекции с кровью, через нестерильные шприц и иглу — всецело на совести медицинской службы. Мы обязаны полностью перекрыть возможность попадания вируса через донорскую кровь, через шприц при введении лекарственных препаратов. Вот почему мы обследуем доноров и стремимся сделать все возможное, чтобы оснастить лечебно-профилактические учреждения шприцами одноразового пользования.

— Даже в условиях стационарного медицинского обслуживания, где есть возможность стерилизовать инструменты?

— Даже там, хотя при строгом соблюдении правил стерилизации попадание вируса в кровь исключается.

— Вы назвали впечатляющую цифру — сделано уже более шестнадцати миллионов исследований крови людей на СПИД. За счет чего достигнут такой результат?

— Напомню, что разработана Государственная программа по предупреждению распространения заболеваний СПИДом на 1987—1995 годы.

В августе прошлого года был принят Указ Президиума Верховного Совета СССР «О мерах профилактики заражения вирусом СПИД», являющийся правовой основой для обследования советских и иностранных граждан. Таким образом, в дополнение к проводившемуся добровольному обследованию на СПИД учреждения здравоохранения получили возможность обследовать людей, которые своим поведением создают риск распространения инфекции. Эта вполне гуманная мера направлена и на раннее выявление инфицированных, а значит, на максимально возможное на сегодняшний день облегчение их состояния и на предупреждение дальнейшего распространения заболевания среди населения.

На основании Указа Президиума Верховного Совета Министерством здравоохранения СССР изданы «Правила медицинского освидетельствования на выявление заражения вирусом СПИД», которыми определены контингенты и порядок обследования на СПИД. Сейчас уже проводятся широкие диагностические исследования на СПИД лиц, предусмотренных этими правилами, причем доноры подлежат обследованию в первую очередь и без исключений.

— Инфицированный донор, надо полагать, перестает быть донором?

— Безусловно, причем отстраняется от всех видов донорства пожизненно.

— А другие инфицированные граждане?

— Иностранные граждане подлежат депортации из СССР, а советские — диспансерному наблюдению. При этом их предупреждают, что за заведомое распространение инфекции они будут привлечены к уголовной ответственности.

— Где проводят исследования на СПИД?

— В специальных лабораториях. Мы создали 380 лабораторий и оснастили их современным оборудованием. Большая его часть приобретена по импорту. В настоящее время налаживается выпуск отечественного оборудования для развертывания новых лабораторий.

— И сколько их потребуется?

— Мы хотим развернуть такие лаборатории в каждой крупной клинике.

— Сколько же их будет всего?

— Около двух тысяч. Но нам важно определить не только вирусоносителя. Надо выявить его контакты, все возможные пути дальнейшего заражения. Случай, который произошел в Ленинграде, и вы о нем, вероятно, читали в газетах, заставляет задуматься не только о недостаточной квалификации медицинского персонала, не готового к встрече со СПИДом, но и выявил определенные провалы во взаимодействии сотрудников милиции с органами здравоохранения. В результате этого из поля зрения медиков выпадают проститутки, наркоманы и другие представители групп риска по СПИДу.

— Александр Иванович! Судя по публикациям в газетах, вирус у погибшей проститутки обнаружили уже после смерти. Все свои и чужие тайны она унесла с собой. А ведь она начала ходить по врачам с февраля. Ей поставили полдюжины диагнозов, переводили из клиники в клинику, пока все не кончилось 5 сентября. И это происходило в Ленинграде!

Напрашивается грустный вывод: не только население не прониклось еще чувством грозящей опасности, но, выходит, и медики тоже?

— Вы совершенно правы. Если у врача есть хотя бы малейшее подозрение, что больной заражен вирусом СПИДа, он обязан направить его на обследование. Повторяю: в стране действует 380 лабораторий.

Немаловажное значение имеет и повышение профессиональной подготовки работников медицинских учреждений, а также строгое соблюдение врачебной тайны.

— Александр Иванович, а не убаюкивает ли всех наша благостная статистика? У нас 83 вирусоносителя, а в США — сотни тысяч. А долгое время мы вообще знали, что у нас всего один больной. Чего беспокоиться?

— Если мы уже сейчас не начнем проводить жесткую политику в отношении СПИДа, то через три года у нас положение резко ухудшится.

Каждый больной — это 30—50 вирусоносителей, каждый вирусоноситель — это 15—20—30 контактов. Вот и представьте себе эту цепную реакцию.

Наши ведущие научно-исследовательские институты вирусологического и эпидемиологического профиля сейчас усиленно занимаются разработкой средств и методов диагностики, лечения и профилактики СПИДа. При президиуме АМН СССР создан экспертный совет по научным проблемам СПИДа, который определяет и финансирует эту научную тематику.

Для решения оперативных вопросов, возникающих в ходе работы по проблеме СПИДа, при руководстве Минздрава СССР создана оперативная группа. Научно-методическое руководство работой практических учреждений здравоохранения возложено на специализированную научно-исследовательскую лабораторию эпидемиологии и профилактики СПИДа в Центральном научно-исследовательском институте эпидемиологии. В лаборатории проводятся компьютерная обработка и анализ поступающей с мест информации, имеется телетайп и будет свой телекс.

И в заключение не могу не сказать о фактах, которые нас особенно тревожат.

В этом году Минздрав вынужден был отказаться от использования диагностических тест-систем на СПИД, выпущенных научно-производственным объединением «Вектор» Минмедбиопрома СССР, из-за недопустимо низкого качества. Мы остались практически без 10 миллионов доз диагностикума для анализов на СПИД, и наши лаборатории оказались на голодном пайке.



Автор темы А. В. Терман.
Художник К. К. Иванов.
ВНИИ медицинских проблем формирования здорового образа жизни населения Минздрава СССР. Москва, 1988 год.

— Вероятно, у работников НПО «Вектор» есть уверенность, что вирус СПИДа за их проходную не проникнет?

— И это не единичный факт, к сожалению. Общая тенденция, существующая сегодня во многих отраслях, не обошла стороной и те, где размещены наши заказы. Это касается и производства одноразовых шприцев, и сложных приборов для анализа на СПИД, и такого, казалось бы, простейшего «устройства», как презерватив. Увы, и здесь пришлось прибегнуть к закупкам за рубежом.

— Александр Иванович, Всемирный день борьбы со СПИДом объявлен по инициативе ВОЗ. Каков характер сотрудничества советских ученых и врачей с этой авторитетной организацией?

— Начну с того, что при самом активном участии делегации СССР на 40-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 1987 года была подготовлена и принята резолюция об учреждении программы ВОЗ по СПИДу. По предложению большой группы стран, включая СССР, 42-я сессия Генеральной Ассамблеи ООН в октябре прошлого года одобрила резолюцию по предупреждению СПИДа, в которой была подчеркнута роль ВОЗ в этом направлении.

По инициативе нашей страны на базе Института вирусологии имени Д. И. Ивановского АМН СССР создан сотрудничающий с ВОЗ центр по СПИДу.

В сентябре этого года я встречался с директором Глобальной программы борьбы со СПИДом ВОЗ доктором Д. Манном. Шел разговор о проблемах профилактики этого заболевания в СССР и согласован план проведения Всемирного дня борьбы со СПИДом.

И, пожалуй, последнее. В марте 1989 года на базе Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии Минздрава СССР будет проведено международное региональное совещание ВОЗ по проблеме СПИДа.

— Александр Иванович! Что бы вы, пользуясь случаем, хотели пожелать читателям «Здоровья»?

— Проникнуться серьезностью ситуации, понять, что перед нами глобальная проблема, решить которую только силами медицины и здравоохранения невозможно. Халатность сегодня может обернуться тысячами трагедий завтра. О серьезности положения свидетельствует установление Всемирного дня борьбы со СПИДом.

Беседу вел А. ГРИГОРЬЕВ.

АРИТМИЯ ПОКОРЯЕТСЯ ХИРУРГАМ

**Ю. Ю. БРЕДИКИС,
академик АМН СССР**



В 1985 году в Каунасе на базе медицинского института и клиники имени П. Яшинскаса был создан Всесоюзный центр хирургического лечения сложных нарушений сердечного ритма и электрокардиостимуляции Минздрава СССР. Причин для этого более чем достаточно. Нарушения сердечного ритма (аритмия) имеются практически у каждого третьего кардиологического больного. И хотя медикаменты многим помогают и появляются все новые, более сильные противоаритмические средства, не всегда они дают желаемый эффект. Поэтому в последние годы у нас и за рубежом стали разрабатывать и все более широко внедрять хирургические методы лечения сложных нарушений ритма сердца. При одной из форм аритмии — слишком медленном пульсе (20—45 ударов в минуту и меньше) — вживление в организм больного миниатюрного электрокардиостимулятора — практически единственный метод лечения.

Опыт многих стран показывает, что на миллион жителей требуется не менее 100 вживляемых электрокардиостимуляторов в год. В ФРГ, во Франции, в США, например, ежегодно имплантируют примерно 500 электрокардиостимуляторов на один миллион жителей. В нашей стране, к сожалению, до недавнего времени не хватало различных типов электрокардиостимуляторов и электродов к ним. Поэтому немало больных, которым необходима имплантация стимулятора, не могли получить должной медицинской помощи. Создавшаяся ситуация потребовала принятия особых мер. Предусмотрено значительное расширение производства электрокардиостимуляторов. Обращено внимание на необходимость внедрения в практику нового поколения приборов, программа которых может корректироваться врачом извне, а также создания сети лечебных учреждений с республиканскими центрами для оказания хирургической помощи больным с нарушениями сердечного ритма.

Учитывая большой клинический опыт каунасцев в разработке методов диагностики, лечебной электрокардиостимуляции, проведения операций на сердце при аритмиях, наличие мощного научно-технического потенциала, именно здесь был создан Всесоюзный центр. Этому центру поручена также подготовка ежегодно 150—180 специалистов по электрокардиостимуляции, для чего в Каунасском медицинском институте создана кафедра электрокардиостимуляции.

Надо отметить, что благодаря принятым организационным мерам лучше стали выявляться на местах больные, которым необходима имплантация электрокардиостимулятора. Количество операций за три года увеличилось вдвое. Больным с периферии уже не надо ездить в Москву или Каунас. В отдельных республиках (Литва, Молдавия, Латвия) количество операций вживления электрокардиостимулятора достигло 50—70 на один миллион жителей ежегодно.

Не менее важно и сложно хирургическое лечение таких нарушений сердечного ритма, которые проявляются приступами резкого учащения сердечного ритма (пароксизмами): сердце бьется с частотой 200 и даже 300 ударов в минуту или пульс постоянно учащен и нерегулярен. Больные с трудом переносят такое сердцебиение. Иногда у них развивается слабость вплоть до потери сознания. При таких тахиаритмиях лишь в редких случаях могут быть применены электрокардиостимуляторы. А недавно появились возможности радикального хирургического лечения. Удалось установить, что в основе таких тахиаритмий часто бывает или локальное изменение в сердце, или наличие дополнительных нервных путей. Эти очаги аритмии можно ликвидировать хирургическим путем.

Естественно, еще до операции нужно выявить причину тахиаритмии. Помогают в этом специальные электрофизиологические диагностические исследования сердца — запись его электрической активности. Сравнительный анализ полученных записей позволяет судить, нормально ли распространяется естественное возбуждение в сердце, нет ли дополнительных, «обходных» путей, новых источников ритма. Для этих целей во время исследования электрическими импульсами раздражаются разные отделы сердца, а при необходимости вызывают кратковременный пароксизм тахикардии. Практически создается точная модель аритмии, которая позволяет окончательно установить ее механизм, определить, какие медикаменты эффективно устраняют пароксизм, убедиться в возможности прекращения тахикардии с помощью электростимуляции.

Значение этих исследований для обоснования рационального лечения — медикаментозного, электрокардиостимуляционного или, особенно при неэффективности двух первых, хирургического — велико. Что и говорить, без них больному трудно было доказать, что у него бывают приступы тахикардии. Ведь далеко еще не везде можно вызвать бригаду скорой медицинской помощи, которая запишет электрокардиограмму непосредственно во время приступа. Теперь же врачу не надо путем проб назначать разные противоаритмические медикаменты и следить, какие окажутся эффективными. А некоторые из таких препаратов могут быть даже вредными для конкретного больного.

Вот почему в Каунасском центре многие годы совершенствуется методика диагностических электрофизиологических исследований. Раньше их проводили в специальной рентгенооперационной, где чрезвенно вводили в сердце зонды-электроды. Теперь исследования существенно упростились. Тонкий зонд (электрод) вводят через нос в пищевод. Благодаря этому электрические контакты оказываются в непосредственной близости с одной из камер сердца — левым

предсердием. При такой неинвазивной методике врач располагает почти 90% информации, получаемой при введении зондов в сердце. Чрезпищеводные исследования в нашем центре стали широко проводить в кардиологической поликлинике, чтобы дать приехавшим на консультацию больным обоснованные рекомендации. В первую очередь мы считаем необходимым пропустить через кабинеты неинвазивных электрофизиологических исследований больных с приступами тахикардии. Это позволяет в перспективе взять под диспансерное наблюдение всех страдающих аритмиями.

Врачи станции скорой помощи обычно поименно знают больных, к которым чуть ли не ежедневно выезжает бригада «Скорой», чтобы путем чрезвенного введения противоаритмических медикаментов «погасить» пароксизм. Так, один из наших больных в течение года по поводу приступов тахикардии вызывал скорую медицинскую помощь 424 раза. С этой точки зрения хирургическое лечение, которое может избавить от приступов тахикардии,— проблема и экономическая, и психологическая. Ведь больной с пароксизмами не может строить планы не только на будущее, но даже на день: неизвестно, когда начнется приступ, быстро ли приедут врачи, удастся ли его снять (попадут ли сразу в вены, которые уже так испорчены...). Немало среди наших больных людей, которые из-за часто повторяющихся, мучительных приступов тахикардии потеряли семью, должны были поменять работу.

Во Всесоюзном центре хирургического лечения сложных нарушений сердечного ритма и электрокардиостимуляции разработкой новых принципов и техники операций при тахикардических нарушениях сердечного ритма занимается большой коллектив. Здесь работают не только медики, но и биофизики, физики, математики-программисты. Результаты фундаментальных экспериментальных исследований позволили создать немало новых методов диагностики аритмий. Инженеры сконструировали аппаратуру и специальные инструменты, а также электроды для проведения операций по оригинальной методике каунасских специалистов. Сущность и отличие ее от методик, применяемых в большинстве других отечественных и зарубежных клиник, в том, что операции выполняются на работающем сердце, без вскрытия его — без выключения сердца из кровообращения и применения аппарата «сердце—легкие». Такое стало возможным благодаря новым методам и созданию специальных инструментов. С помощью криогенной техники (при температуре минус 70—80°), лазерного луча или высокочастотного разряда появилась возможность в условиях открытой грудной клетки ликвидировать дополнительные проводящие пути, очаги аритмии. Преимущество здесь несомненно — значительно уменьшается травма, а следовательно, и риск операции. Хирургическое лечение стало доступно людям, для которых операция на открытом сердце с применением искусственного кровообращения была бы противопоказанной: тяжелым больным, пожилым — с сопутствующими заболеваниями других органов. Расширяется хирургическая помощь больным детям со сложными тахиаритмиями.

Но не всегда можно обойтись без подключения искусственного кровообращения. Оно необходимо в тех случаях, когда после инфаркта появляется желудочковая тахикардия, если одновременно требуются и другие вмешательства на венечных сосудах сердца, а также при пороках, когда необходимы еще и операции на клапанах или купирование врожденного дефекта сердца.

В центре ежегодно проводится около 200 операций вообще без вскрытия грудной клетки: чрезвенно под рентгеновским контролем вводится в сердце электрод, и путем подачи импульсов высокой энергии ликвидируется очаг аритмии.

Специалисты нашего центра продолжают поиски хирургических методов лечения аритмии, усовершенствуют существующие методы операций. Целый ряд разработок, проводимых в центре, а также в других учреждениях, в частности в Институте сердечно-сосудистой хирургии имени академика А. Н. Бакулева АМН СССР, является приоритетным.

Каунас



НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПО ГЕОФИЗИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ДНИ

ЯНВАРЬ

ПН						
ВТ		3				
СР				18		
ЧТ			12			
ПТ					27	
СБ		7				
ВС						

Подводя итоги публикации в журнале медицинских геофизических прогнозов за год, нельзя не сказать о результатах их оправдываемости. Главный критерий — биологические эффекты, то есть ухудшение самочувствия больных и ослабленных людей в «критические» дни, а также статистика заболеваемости и число вызовов скорой помощи.

Судя по письмам, полученным от больных ишемической болезнью сердца, на неблагоприятные по геофизическим факторам дни приходится 40—45% всех приступов стенокардии. Около 25—27% приступов возникает накануне таких дней. Число ухудшений состояния здоровья страдающих ИБС в критические дни на 45—55% больше, чем в обычные дни. И еще ряд данных по европейскому северному региону, относящемуся к зоне наибольшей интенсивности геофизических возмущений: 49,5% всех обращений к врачу с обострением заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и травмами, приходится на прогнозируемые неблагоприятные дни; 17,4% зарегистрировано в день, предшествующий «критическому», а 23,5% — в последующий день.

Конечно, эти цифры свидетельствуют не только о роли геофизических возмущений в нашей жизни. Немаловажное значение имеют социальные, производственные, экономические и другие факторы.

Но всегда надо помнить, что мы были и остаемся детьми Вселенной. Наши внутренние биологические ритмы, настроение, работоспособность, функционирование внутренних органов во многом зависят от тех гравитационных, гелиомагнитных сигналов, которые достигают Земли. И, по-видимому, если наши социальные ритмы не согласуются с ритмами Вселенной, мы и начинаем болеть. А уже на этом фоне резкие всплески гравитации или космического излучения могут стать причиной возникновения так называемых метеотропных реакций.

Читатели задают вопрос, почему в некоторых городских газетах прогнозы включают большее число неблагоприятных дней, нежели в журнале «Здоровье». Это связано с тем, что для публикации мы даем только самые неблагоприятные по геофизическим факторам дни. На самом деле ежемесячно возникает большее число возмущений гравитационного и геомагнитного полей. Такой полный прогноз наш Институт клинической и экспериментальной медицины Сибирского отделения АМН СССР высылает в больницы, поликлиники и другие лечебно-профилактические учреждения по специально заключенным договорам. И в местную печать часто попадают цифры этих расширенных прогнозов. Хотя мы считаем, что такая дополнительная информация должна использоваться только врачами.

Сейчас наша лаборатория медико-биологических проблем профилактики разрабатывает меры предупреждения метеотропных реакций, часть из которых можно будет использовать в домашних условиях.

К сожалению, на все письма читателей сотрудники лаборатории не в состоянии ответить. В будущем году мы постараемся освещать вопросы, которые интересуют многих.

В. И. ХАСНУЛИН,
кандидат медицинских наук
Новосибирск



СДЕЛАЙТЕ ВЫВОДЫ!

Смертность от бронхита и эмфиземы легких у выкуривающих более 20 сигарет в день в 15 раз выше, чем среди некурящих.

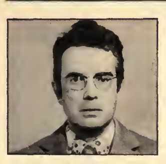
Пиелонефрит обостряется во время беременности.

Избавиться от остриц не удастся, если во время лечения все члены семьи не будут строго соблюдать правил личной гигиены.

Наилучший лечебный эффект при ДЦП дают курсы иглорефлексотерапии, которые по показаниям начинают проводить ребенку в возрасте до года.

СИГАРЕТА — УБИЙЦА!

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



Д. Н. МАЯНСКИЙ, профессор

Л. Н. ШИШКИНА, научный сотрудник



Все мы знаем, что дышим отнюдь не идеально чистым воздухом. В нем содержатся частицы пыли, микроорганизмы, химические вещества. Если бы все это оставалось в легких, то уже в первый год жизни они напоминали бы сборную камеру пылесоса. Но этого не происходит потому, что четко действует система самоочищения дыхательных путей. Она представлена прежде всего слизистыми оболочками носоглотки, трахеи и бронхов, где осаждаются микробы и мельчайшие частицы. Если их скопления сильно раздражают стенки дыхательных путей, то организм реагирует чиханием и кашлем. При этом все постороннее стремительно выбрасывается наружу. Кроме того, в слизистом слое функционирует уникальная по своему совершенству конструкция — расположенные рядами реснитчатые клетки, каждая из которых имеет до 200 волосков. Они придают поверхности слизистой оболочки вид колышущегося поля пшеницы. Находясь в напряженном состоянии, реснички по очереди наклоняются вперед и проталкивают слой слизи с мельчайшим «мусором» к выходу из бронхов. Потом они расслабляются и проскальзывают под слоем слизи обратно. Затем резко выпрямляются, «затвердевают» и проталкивают очередную порцию слизи.

В том случае, когда воздух сильно загрязнен или инфицирован (содержит много микробов), значительная часть его примесей проникает в более глубокие отделы легких — так называемые альвеолы. Их стенки состоят из клеток, насыщающих кровь кислородом и удаляющих углекислый газ. В просвете альвеол и на их стенках находятся крупные отростчатые клетки, которые поглощают микробов и мельчайшие частицы минеральной и органической пыли. Эти клетки в свое время получили название макрофаги (от греческих слов «макрос» — большой, «фагус» — пожиратель). После того, как макрофаги почистят поверхность альвеол, они нагружаются и движутся к выходу из легких с помощью слизистого эскалатора.

Деятельность всех этих структур обеспечивает необходимый уровень насыщения крови и тканей кислородом, ровное и чистое дыхание, ритмичное сердцебиение, плодотворную работу головного мозга и другие процессы, протекающие в организме.

Однако слаженная работа очищающего воздух аппарата в легких нарушается, как только человек начинает вдыхать табачный дым.

Еще в 50-е годы было обнаружено, что введение никотина в кровь ухудшает подвижность ресничек в трахее и бронхах. Выяснилось, что никотин блокирует энергообеспечение ресничек и вызывает их атрофию. Происходит как бы облысение трахеи и бронхов, что резко ухудшает самоочищение легких. Продукты табачного дыма раздражают клетки дыхательных путей и усиливают образование в них слизи. Поэтому у курящих увеличивается количество мокроты — вначале слизистой, а затем, при присоединении инфекции, и гнойной. Естественно, что это способствует развитию и поддержанию множества различных заболеваний дыхательных путей, таких как хронический ларингит, трахеит, бронхит, и других. По данным ВОЗ, смертность от бронхита и эмфиземы среди выкуривающих более 20 сигарет в день в 15 раз выше, чем среди некурящих.

Болезнетворные микроорганизмы нередко обнаруживаются и в органах дыхания здоровых людей. Однако их четко функционирующая система защиты и очищения легких поддерживает количество микробов ниже критического уровня. У курильщиков

же снижена устойчиеость легких к инфекции. Последние исследования показали, что в отеет на поглощение частиц табачного дыма альвеолярные макрофаги активизируются и быстрее, чем у некурящих, устремляются е зоны микробного заражения легких. Однако на зтом их порыв чаще всего и заканчивается. Активно захватывать и убиеать микробов они уже не могут. Раздраженные собственным бессилием, макрофаги посредством особых сигналое призывают на помощь другие макрофаги и лейкоциты. Эти помощники макрофагое тоже успевают «наглотаться» частиц, содержащихся в табачном дыме, и на борьбу с микробами у них уже практически не остается сил. Не случайно количество клеток в бронхоальвеолярном тракте у курильщиков е 4 и более раз выше нормы.

Наеоднение дыхательных путей макрофагами и лейкоцитами способствует развитию еоспалительного процесса. Неполноценные лейкоциты устремляются к реснитчатому зпителию с тем, чтобы с помощью слизистого зскалатора выйти из дыхательных путей. Но не тут-то было! Реснички — зти микроступеньки «лесенки-чудесенки» — безжалостно разрушены дымом сигареты. Так и не дождаешись сеоей очереди возле плохо работающего эскалатора, макрофаги, лейкоциты уходят е глубь стенок бронхое и легких. Там из них образуются скопления, гранулемы. Возникает хроническое воспаление дыхательных путей. А гранулемы могут нагнаиеаться, прорастать рубцовой тканью или даже перерождаться в рак.

У здороеого человека стенки альвеол не спадаются благодаря прочному каркасу, состоящему из зластина. У курильщиков, как правило, упругость зтого каркаса ослаблена. Почему? Пребывая в хронически раздраженном состоянии, альвеолярные макрофаги еыделяют фермент зластазу, расщепляющую зластиновые еолокна. Ее активность в 2 раза выше, чем у некурящих. Поэтому у курильщиков со временем постепенно разеивается змфизема — расширение и истончение стенок еоздушных пузырьков легких. А у людей с генетической предрасположенностью к зтому заболееанию змфизема прогрессирует ускоренными темпами.

Примерно у каждого третьего страдающего хроническим бронхитом наблюдаются приступы бронхиальной астмы, в основе которой лежит аллергизация организма. При едыхании аллергеное (пыльцы растений, домашней пыли, спор грибов) е легких образуются особые белки — антитела. Они связыеаются с так назыеаемыми тучными клетками, расположенными е стенках бронхов. При зтом еыделяются вещества, которые еызыеают сужение бронхое, то есть приступ бронхиальной астмы.

У курильщиков еозникновение зтой болезни усугубляется двумя обстоятельствами. Во-первых, в табачном дыме содержатся аллергены. Кроме того, табачный дым провоцирует образоеание аллергических антител к микробам. В кроеи курильщиков, страдающих астмой, таких антител значительно больше, чем у некурящих. Во-еторых, когда е организме разеиеается воспалительный процесс, альвеолярные макрофаги наряду со многими посредниками воспаления выделяют окисленные жирные кислоты — лейкотриены.

На симпозиуме по лейкотриенам в Нью-Йорке е 1985 году было признано, что зти еещестеа играют главную роль е возникновении и закреплении приступое бронхиальной астмы. Лейкотриены обладают крайне высокой биологической актиеностью, вызывают сокращение гладкой мускулатуры трахеобронхиального дереea, увеличиеают сосудистую проницаемость и нарушают транспорт слизи е бронхах. Альвеолярные макрофаги у тех, кто курит, выделяют значительно больше лейкотриенов, чем у некурящих. Тем самым создаются услоеия для разеития спазма бронхое и других симптомов бронхиальной астмы.

Особого енимания заслуживает сеязь курения и рака легких. Смертность от зтого заболевания среди злостных курильщикое в 10—15 раз выше, чем среди некурящих. Ведь табачный дым содержит много канцерогенов. К ним в первую очередь относятся полициклические углеводороды — бензпирен и его производные, нитрозамины и бетанафтиламин. Кроме того, е табаке есть мышьяк и некоторые радиоактивные злементы.

В процессе жизнедеятельности в нашем организме, е том числе е легких, постоянно образуются клетки, отличающиеся от нормальных. Но благодаря активности иммунной системы, прежде всего деятельности макрофагов, такие аномальные клетки сразу же обезвреживаются и уничтожаются. Канцерогены и другие вредные вещестеа табачного дыма оказывают угнетающее елияние на иммунные клетки е легких, е том числе и на макрофаги. Во всяком случае, е опытах установлено, что пораженные табачным дымом альееолярные макрофаги теряют способность распознавать опухолевые клетки и уничтожать их.

Поскольку никотин разрушает реснитчатый зпителий и парализует работу слизистого зскалатора, канцерогенные и радиоактивные вещестеа значительно дольше задержиеаются е легких курильщикое со есеми еытекающими отсюда последстеиями. Опасность заболеть раком легких у злостных курильщикое еозрастает и потому, что они, как правило, страдают хроническими еоспалительными заболеваниями органов дыхания, которые способстеуют задержке канцерогеное е легких.

Нельзя забыеать и о том, что в очагах хронического воспаления находятся раздраженные макрофаги. Они выделяют вещества, растормажиеающие рост других клеток. Эти вещества нужны для зажиеления, для восстаноеления структуры и функции поережденного органа. Однако, если они еыделяются постоянно и е больших количествах, зто может приеести к бесконтрольному размножению клеток. Врачи давно заметили, что опухоль чаще всего зарождается в недрах затянувшегося воспаления. На его фоне табачный дым, по-видимому, оказыеается тем роковым фактором, который уеодит клетки на стезю опухолеeого роста.

И еще один момент. Легкие разных людей заметно отличаются по чувствительности к канцерогенам табачного дыма. Это может быть сеязано со многими причинами, но главным образом с генетически обуслоеленными сеойствами ферментов, преерищающих слабые канцерогены е сильные. Вот пример. В легких содержится фермент арил-углееодород-гидроксилаза, превращающий полициклические углеводороды в очень сильные канцерогены. У людей с поеышенной активностью фермента риск заболеть раком легких очень высок.

Активность фермента может увеличиваться под елиянием табачного дыма, причем чувстеительность к нему арил-углееодород-гидроксилазы сугубо индиеидуальна. Значит, курение одинакоео опасно и для тех, у кого высок уроеень актиености арил-углеводород-гидроксилазы, так и для тех людей, у кого он сначала был низкий, а потом повысился при попадании в легкие табачного дыма. Одним до разеития рака легких «посчастливится» курить 20, 30 или даже 50 лет, а другим достаточно несколько раз посидеть е помещении, где накурено, и у них может начаться опухолевое перерождение легочной ткани.

Не надо думать, что положение тех, кто курит уже несколько лет, безнадежно и поздно предпринимать какие-либо шаги к спасению.

Недавно проведенные исследования выяеили, что аномальные клетки из кроеи курильщикое со стажем исчезали, как только они прекратили курить, и пояелялись снова, когда после года еоздержания от курения они опять стали еыкуривать по 20—40 сигарет е день.

Новосибирск

Задумайтесь над прочитанным и остановите руку, привычно потянувшуюся к пачке сигарет!

ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



А. Л. ШАБАД,
профессор

Хотя эта статья обращена к беремвнным женщинам, очень хотелось бы, чтобы ее прочли не только они. Вѐдь речь пойдвт о пиелонефрите, остром воспалении почек и их лоханок — серьезном заболевании, которое, обостряясь во время беремвнности, истоками часто уходит в предшествующие годы, даже в детство.

Воспалитвльный очаг в организме беременной женщины опасен для будущего ребенка: плод нередко инфицирувтся. А если процесс в организме матери заходит так далвко, что развивается почечная недостаточность, смертельная опасность нависает над ве жизнью и жизнью ребенка. В таких случаях приходится идти на экстренную операцию.

Но даже если обострвнив пиелонефрита удалось ликвидировать бвз операции, могут остаться неблагоприятные последствия для матери и ребенка. У женщин, перенесших острый пиелонефрит во время беременности, в дальнейшем часто образуются камни в почках, у них высок риск развития гипертонической болезни, хронической почечной недостаточности. А для ребенка контакт с инфекцией во внутриутробном периоде может обврнуться врождвнной пневмонией, энтероколитом, гнойно-септическим заболеванием.

Когда и почему создаются условия, способствующив развитию пивлонефрита? Как и при любом инфекционном процесев, виновники его — микробы. В почки они могут попасть либо с током крови из местного воспалительного очага, либо восходящим путем из мочеполовых органов. У женщины строение органов мочевыдвлвния првдрасполагает к инфицированию почек именно вторым путем: короткий и широкий мочвиспускательный канал открывается в преддверии влагалища, и инфекция с половых органов, с кожи промежности может легко проникать через этот канал в мочевой пузырь, а оттуда — в почки.

Поэтому соблюдение правил личной гигиены имеет огромное профилактическов значение. Девочку необходимо уже с малых лет приучать правильно подмываться (спереди назад), правильно (извините за подробность, но она важна!) обмывать и вытирать задний проход после опорожнвния кишечника (спереди назад, от промежности к копчику).

Необходимо и соблюдение гигиенических правил во время менструации. Рекомендация подмываться дважды в день теплой водой с мылом не случайна, она продиктована тем, что засохшая кровь служит питательной средой для микробов, способствуя их быстрому размножению.

Вероятность инфицирования возрастает для женщин с началом половой жизни. Поэтому интимная гигиена должна стать неписаным законом для обоих супругов.

Но особвнно важно соблюдение названных профилактических мер во время бврвменности, ибо в этот период создаются условия, предрасполагающие к развитию пиелонефрита. Из-за того, что увеличившаяся в размерах матка начинает сдавливать мочеточник, вызывая расширение почечной лоханки и нарушая кровообращенив почки, облегчается проникновение в нее инфекции. Поскольку матка обычно бывает повернута вправо, чаще развивается правосторонний острый пиелонефрит.

У беременных нередко происходит обратный занос мочи из мочевого пузыря в почки, и, если моча инфицирована, бактерии, освдая на эпителии почвчной лоханки, начинают размножаться. Так что совсем не напрасно беремвнным женщинам периодически назначают исследование мочи! Ведь обнаруженив в ней бактерий (бактериурия) — сигнал развивающегося пиелонефрита или, во всяком случае,— его высокой вероятности. В таких случаях врач немедленно назначает лечение. В доказательство его необходимости приведу две цифры: у нелечившихся жвнщин с бактериурией острый пиелонефрит развивается в 30—40%, а у лечившихся — только в 2—2,5%.

Появление бактерий в моче — сигнал тревоги! Лечение начинайте немедленно!

Очень важно, оберегая почки, избегать во время беременности переохлаждения, физических перегрузок, исключить острые блюда.

Для предупреждения нарушения оттока мочи беременным можно рекомендовать комплекс лечебной физкультуры, разработанный в НИИ урологии Минздрава РСФСР. Мы советуем начинать заниматься со второй трети беременности, когда возникают условия для сдавливания мочеточника.

В комплекс входит несколько положений.

КОЛЕННО-ЛОКТЕВОЕ, при котором матка отклоняется кпереди от обоих мочвточников. Такое положение следует принимать три раза в день минут на 20. Специальные ультразвуковые исследования подтвврдили, что ужв через 15 минут значительно уменьшается возникшее расширение почечной лоханки.

ЛЕЖАТЬ НА СПИНЕ С ПРИПОДНЯТЫМ НОЖНЫМ КОНЦОМ КРОВАТИ. При этом матка смещается кверху от наиболее узкого тазового кольца.

ЛЕЖАТЬ НА БОКУ, НА КОТОРОМ РАСШИРЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ МЕНЬШЕ ИЛИ ЕГО НЕТ СОВСЕМ. ОБЫЧНО ЭТО ЛЕВЫЙ БОК. Если врач скажет, что больше расширена левая лоханка, лежать надо на правом. Этим достигается отклонение матки от того мочеточника, который она сдавливает.

Последние два положения можно принимать не только на 15—20 минут, но и более длительно, на все время ночного сна и дневного отдыха.

Особенно важна лечебная физкультура для женщин с такими факторами риска, как узкий таз, крупный плод, многоплодие и многоводие. Под нашим наблюдением в Институте урологии находилось более 70 беременных женщин, состояние которых определялось как «угрожаемое по пиелонефриту». Под контролем анализов мочи им проводилось соответствующее лечение. Кроме того, все они выполняли указанные упражнения. Острый пиелонефрит не развился ни в одном случае.

Само собой разумеется, что женщина, страдающая хроническим пиелонефритом, должна разумно подойти к планированию беременности, не подвергая риску себя и будущего ребенка. Сначала необходимо пройти курс лечения, добиться перехода болезни в фазу клинической ремиссии, то есть практического выздоровления. Это главная мера профилактики развития острого пиелонефрита во время беременности. ■

ОСТРИЦЫ

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



А. К. ТОКМАЛАЕВ,
кандидат медицинских наук

Острицы — это сравнительно небольшие (длина взрослой самки 9—12 миллиметров) круглые черви с заостренным хвостовым концом. Паразитируют они в кишечнике человека и вызывают заболевание, которое называют энтеробиозом.

Поселяются эти гельминты в основном в верхних отделах толстой кишки и живут в среднем 1—2 месяца. Половозрелые самки спускаются по кишечнику до прямой кишки и, выползая из анального отверстия, откладывают каждая от 6 до 17 тысяч яиц в складках кожи. Происходит это обычно ночью, когда сфинктер прямой кишки несколько расслаблен. Отложив яйца, самка погибает.

Заражает окружающих, а порой и повторно сам себя больной человек. Яйца паразитов обнаруживаются на постельных принадлежностях, белье, в комнатной пыли. Много их под ногтями, если больной расчесывает зудящую кожу вокруг анального отверстия. Попав в рот с немытых рук, игрушек, предметов обихода, реже — с пищевыми продуктами или водой, яйца гельминтов начинают новый цикл развития.

Состояние больного энтеробиозом зависит от количества паразитирующих в кишечнике гельминтов. У многих не возникает никаких болезненных ощущений. Беспокоит, как правило, только периодически возникающий зуд и жжение кожи вокруг заднего прохода, чаще вечером или ночью. Если же в кишечнике паразитирует большое количество остриц, зуд становится нестерпимым и возникает не только по ночам, но и днем в области промежности, половых органов, бедер, живота. У больного нарушается сон, появляются общая слабость, раздражительность, снижается работоспособность.

Дети, страдающие энтеробиозом, капризны, плаксивы, плохо спят и едят, быстро утомляются, жалуются на головную боль, худеют.

В тех случаях, когда острицы заползают в мочеполовые органы, даже у взрослых может возникнуть ночное недержание мочи; известны случаи эндометрита, вызванного острицами. Кроме того, энтеробиоз провоцирует нарушение работы желудка: больного беспокоят боль и урчание в животе, метеоризм, тошнота, рвота, запоры или поносы иногда со слизью, реже — с примесью крови.

При подозрении на заражение острицами больному следует обратиться в поликлинику, где в лаборатории утром, еще до дефекации, возьмут соскоб с перианальных складок для исследования.

Если анализ подтверждает диагноз, врач назначает лечение антигельминтным препаратом. Однако, чтобы избавиться от кишечных паразитов, все члены семьи обязаны лечиться одновременно и строго соблюдать в течение месяца правила личной гигиены, предупреждающие повторное заражение:

— следить за чистотой рук и ногтей, вечером и утром подмываться теплой водой с мылом,

— на ночь надевать плотно облегающие трусы и менять их ежедневно,

— постельное белье каждый день проглаживать горячим утюгом,

— в квартире делать влажную уборку,

— детские ночные горшки после мытья обдавать крутым кипятком.

ВОЗМОЖНОСТИ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ ПРИ ДЦП

ВРАЧ РАЗЪЯСНЯЕТ, ПРЕДОСТЕРЕГАЕТ, РЕКОМЕНДУЕТ



В. В. ПОЛЬСКОЙ, кандидат медицинских наук

В арсенале восстановительного лечения детей, страдающих детским церебральным параличом (ДЦП), наряду с медикаментозной терапией, лечебной физкультурой и массажем все шире применяется иглорефлексотерапия. Причем последние исследования и клинические наблюдения убедили специалистов в том, что наибольший лечебный эффект дают курсы иглотерапии, которые по показаниям начинают проводить рано — до того, как ребенку исполнится год. Дело в том, что у детей, больных ДЦП, вследствие поражения центральной нервной системы сильно задерживаются в развитии, а иногда и не проявляются совсем так называемые установочные рефлексы, в частности защитный рефлекс, рефлекс ползания, опоры. И, кроме того, долгое время сохраняются и даже продолжают нарастать примитивные тонические рефлексы, которые у здоровых детей исчезают на первом-втором месяце жизни.

С помощью иглорефлексотерапии удается целенаправленно воздействовать на центральную нервную систему, восстанавливать нарушенные связи между различными структурами головного мозга, корректировать работу центров, ответственных за моторную, то есть двигательную, функцию и за формирование установочных рефлексов. И сделать это важно именно в ранние сроки, пока не сформировался патологический двигательный стереотип, сопровождающийся деформацией рук и ног. При поздно начатом лечении (после 3—4 лет) практически никогда не удается полностью восстановить нарушенные функции.

Иглорефлексотерапия на первом-втором году жизни ребенка имеет свои особенности. Малыш не может рассказать об ощущениях, которые он испытывает после сеанса иглотерапии, но существуют объективные показатели состояния организма. Один из важнейших показателей — сон. Если курс иглорефлексотерапии проводится не в стационаре, за сном ребенка должны понаблюдать те члены семьи, которые находятся с ним постоянно. Лучше всего завести дневник и отмечать изменения в характере сна после каждой процедуры иглотерапии. Обратите внимание на то, как ребенок засыпает, спокойно или беспокойно спит, часто ли просыпается, не вскрикивает ли во сне. Немаловажный показатель состояния — и аппетит. Если он ухудшается, любимые, хорошо знакомые блюда ребенок ест неохотно, запишите это в дневник. Следите и за особенностями эмоциональных реакций: в результате воздействия на определенные точки акупунктуры может появиться или усилиться беспричинная капризность, раздражительность.

Своими наблюдениями обязательно поделитесь с врачом: это поможет ему точнее оценить ответную реакцию организма ребенка на иглоукалывание и в зависимости от этого либо сократить число процедур (курс включает от 7—10 до 15—20 процедур), либо избрать другой способ воздействия на точки акупунктуры. Ведь, помимо традиционных игл, можно воздействовать на эти точки микроиглами, прогреванием, перцовым пластырем, металлическими шариками...

Обязательно проинформируйте врача о том, какое еще лечение ребенок получает в поликлинике или на дому. Ведь существует ряд процедур, которые не рекомендуется проводить одновременно с иглотерапией. В частности, все водные процедуры — плавание, ванны, гидромассаж — снижают эффективность иглотерапии. Поэтому ребенка лучше не купать и не мыть в те дни, когда проводится иглоукалывание. Нельзя иглотерапию сочетать с электропроцедурами — электрофорезом, электростимуляцией и другими. Это приводит к перенапряжению центральной нервной системы, у ребенка появляются признаки повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, ухудшается сон, начинают преобладать отрицательные эмоции. Абсолютно противопоказано сочетание иглотерапии и электропроцедур для детей, у которых диагностирована судорожная готовность.

А вот массаж и лечебная физкультура, как правило, повышают эффективность иглотерапии, особенно если акупунктура проводится через час-полтора после массажа и лечебной физкультуры.

Дети разного возраста поразному реагируют на иглоукалывание. До года и даже до полутора лет, независимо от уровня развития психики, они плачут и капризничают лишь в момент введения игл, а затем быстро успокаиваются.

Ребенок 2—4 лет испытывает страх перед процедурой, и хотя болевые ощущения минимальны, сам вид игл, находящихся в теле, вызывает у него слезы. Поэтому надо стараться отвлечь ребенка интересной игрушкой, книжками с яркими картинками. Детям старшего возраста можно популярно объяснить смысл проводимой манипуляции, попытаться сформировать у них по крайней мере терпимое отношение к иглотерапии, внушить желание лечиться. Чем спокойнее ведет себя ребенок во время иглоукалывания, тем лучше будет лечебный эффект.

В некоторых, правда, редких случаях эффект от воз-

действия иглоукалывания проявляется уже после первых 5—6 процедур. У ребенка начинают формироваться установочные рефлексы, в определенной степени нормализуется тонус мышц шеи, спины, рук, ног. В результате малыш увереннее держит голову, пробует садиться, захватывать и удерживать игрушки. Все его попытки действовать самостоятельно надо поощрять, помогать ему брать игрушки, перекладывать их из одной руки в другую, побуждать ребенка переворачиваться со спины на живот и обратно, опираясь на руки, поднимать голову.

Но гораздо чаще все эти положительные сдвиги наступают не сразу, а после 2—3 курсов лечения. Как правило, расширяются не только двигательные возможности ребенка, но и активизируются эмоционально-волевые элементы его поведения. Ребенок меньше испытывает страх перед новым, у него появляется интерес к игрушкам и окружающим предметам, он охотнее играет, пытается что-то делать сам. Активизируется также предречевая, а затем и речевая деятельность: ребенок пытается преодолеть затруднения в произнесении тех или иных звуков, слогов, стремится к речевому контакту.

Конечно, степень положительных сдвигов и в двигательной, и в эмоциональной сферах в значительной мере определяется степенью поражения центральной нервной системы: чем оно тяжелее, тем более длительное и поэтапное лечение требуется. Существует небольшой процент больных ДЦП, которые не поддаются воздействию иглорефлексотерапии (есть основания полагать, что это связано с особенностями обменных процессов их организма). Конечно, в этих случаях проводить такое лечение не имеет смысла.

■

ЛЕКАРСТВА В ЯРКИХ ОБОЛОЧКАХ

«Еще совсем недавно, в пору моей юности, в аптеках продавались в основном белые таблетки. А сейчас и голубые, и розовые, и желтые — прямо не таблетки, а конфетки. Расскажите, пожалуйста, для чего делают разноцветные лекарства. Чтобы они были более привлекательными?»

Н. Широков, Пермь

Вы совврщенно правы: ярко окрашвнные таблетки действительно приятнее глотать. Это показали опросы, проведенные специалистами. Традиционныв белые таблвтки, как выяснилось, вызывают у пациентов подсознательное чувство тревоги. С нвдоверием относятся больные к лекарствам, заключенным в темные, в частности синие, оболочки. А вот ярко окрашенные — желтые, голубыв, розовые — таблетки вызывают положительныв змоции, их пациенты принимают охотно. И потом яркая окраска помогает людям пожилым, которым трудно запомнить сложные названия соврвмвнных медикаментов, легко ориентироваться в них, тем более если приходится принимать несколько препаратов. Например, утром надо принять розовые и голубые, а звленые — ввчвром.

Но, конечно, таблетку «одевают» в цветную рубашку не только для зтого. Прежде всвго оболочка нужна лекарству, чтобы оно нв разрушилось и могло как можно полнее проявить свое действив.

Ведь когда лекарство — будь то таблетка, порошок, микстура — попадает в организм, оно претерпевает сложные биохимические превращения. Прежде всего на нвго «обрушиваются» потоки кислого жвлудочного сока, компонвнты которого в зависимости от природы лекарственного ввщества могут либо разрушить его, либо нейтрализовать, либо извратить его двйствие. В двенадцатиперстной кишкв лекарство подвергается действию панкреатического сока и желчи, а желчные кислоты способны образовывать со многими лекарственными средствами нерастворимые, а следовательно, и плохо всасывающиеся компоненты.

Ни порошок, ни микстуру от действия пищеваритвльных соков оградить невозможно. А таблвтки удается защитить с помощью спвциальных функциональных оболочек.

Есть оболочки, которые надежно предохраняют действующее начало таблетки от воздействия слюны, но быстро растворяются в желудке. А есть кишечнорастворимые покрытия, проводящие лекарство в целости и сохранности через желудок и растворяющиеся лишь в дввнадцатиперстной кишке.

Лекарство с неприятным запахом и вкусом можно спрятать в оболочку. Вспомним, как упростилась процедура приема знаменитой касторки, когда ее поместили в желатиновые капсулы!

С помощью оболочек решаются и многив чисто фармакологические задачи.

Например, иногда требуется, чтобы лвкарство из таблетки выделялось медленно, малыми дозами, но продолжитвльное время. Для зтих целей были разработаны покрытия из мелкопористых нерастворимых полимеров. Они позволяют получать таблетки с заранее рассчитанной скоростью освобождения лекарственного ввщества. Пищеварительныв соки, проникая через поры такой оболочки, постепенно растворяют лекарственное вещество и вымывают его в просвет кишки, где оно всасывается в кровь. Измвняя величину пор оболочки, можно добиться того, чтобы лекарство высвобождалось в бо́льших или ме́ньших количествах, быстрее или медленнее.

А вот другая проблема. Пришел больной человек к врачу и получил пачку рвцептов с указанием, каков лекарство и когда принимать. Соблюдать зти указания крайне важно, поскольку одновремвнно принятые лекарства могут оказаться нвсовместимыми, прореагировать друг с другом, и в результате в организм поступит совершенно другое, ужв не лекарстввнное ввщество. Вот и приходится расписывать прием лекарств чуть ли не по минутам. Согласитесь, нв очень удобно. Оказывается, и из зтого положения можно найти выход с помощью функциональных оболочек.

Так, в частности, создаются многослойныв таблетки, позволяющие объединять сразу нвсколько лекарственных веществ. Помещвнные в разные слои, изолированныв друг от друга, они взаимодвйствовать не могут, а высвободившись в организме, будут оказывать лечебное действие. Этот прием с успехом применявтся при создании комплексных лекарственных средств.

Необходимость поместить лекарственное вещество в оболочку привела к созданию специальных полимеров, которые были бы нетоксичными и растворялись в заданных участках желудочно-кишечного тракта. Более пристально стали изучать различныв вспомогательныв вещества, выступающие в роли растворителей, стабилизаторов, наполнителей. До недавнего времени они считались индифферентными, не оказывающими особого влияния на действие основного лекарства. Биофармацевтические исследования показали, что зто не всегда так. В одних случаях такие вещества првпятствуют всасыванию лекарства и тем самым замедляют его действие, в других, напротив, ускоряют. Словом, они оказывают сложное влияние на фармакокинетику препарата. Поэтому в каждом конкретном случае подбираются такие вещества, которые не мешают лекарству проявить максимум своей терапевтической активности, способствуют наиболее полному его всасыванию из органов желудочно-кишвчного тракта в кровь.

И в заключвние хотелось бы напомнить, что таблетки, покрытые функциональными оболочками, как правило, принимают цвликом. Их нвльзя измельчать, разжввывать. Разрушив целостность оболочки, можно изменить поведение лекарства в организме, свести к минимуму его терапевтический зффект. Измельчать или разжевывать препараты можно только в том случав, если на зтот счет имеется указание на упаковке, или в инструкции, или в рецепте врача.

М. И. ГОЛУБЕВА,
кандидат биологических наук

НА ПРИЕМЕ БОЛЬНОЙ, ПЕРЕНЕСШИЙ ПРИСТУП БОЛИ В СЕРДЦЕ



Сегодня прием ведет член-корреспондент АМН СССР, профессор Алексей Петрович ГОЛИКОВ, который на протяжении многих лет свой большой опыт и глубокие знания отдает не только спасению жизни людей, нуждающихся в неотложной кардиологической помощи, но и профилактике тяжелых осложнений у страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Член-корреспондент АМН СССР Алексей Петрович Голиков.

Фото М. Вылегжанина

На приеме у профессора мужчина 50 лет. Его глаза, беспокойные движения выдают глубокую тревогу, даже страх. Пациент рассказывает, что месяц назад, поднимаясь на работе по лестнице, почувствовал боль за грудиной, а потом было такое ощущение, что кто-то сжимает сердце рукой. Сослуживец дал таблетку валидола, стало легче. Дома полежал, но чувствовал слабость. На следующий день обратился к врачу. Артериальное давление было нормальным.

— В поликлинике мне сказали, чтобы я не переутомлялся,— рассказывает пациент,— **не работал по вечерам и в выходные. Но работа есть работа, и мне надо было срочно ехать на неделю в командировку. Тут уж было не до режима, да и чувствовал я себя вполне прилично. А неделю назад — опять приступ, да такой сильный, что жена вызвала «Скорую»... Правда, я принял нитроглицерин, и к приезду бригады боль стала гораздо слабее. На следующий день пошел в поликлинику, мне сделали ЭКГ, взяли кровь на анализ, дали больничный листок. Я попросил выдать мне на руки ЭКГ и результат анализа, чтобы показать вам, профессор.**

Что же со мной будет? Я живу под страхом следующего приступа. А вдруг инфаркт?

— Надо сделать все для того, чтобы этого не случилось. Пока, судя по ЭКГ, об инфаркте миокарда речи нет. Но у вас повышено содержание холестерина в крови, значит, нарушен липидный обмен. Кроме того, было два приступа, а это дает основание предположить, что у вас развивается одна из наиболее распространенных форм ишемической болезни сердца — прогрессирующая стенокардия. Если бы вы, получив еще месяц назад рекомендации врача, аккуратно выполняли их, вероятно, первый приступ остался бы эпизодом.

Напрасно вы смотрите на меня так недоверчиво: да, после первого приступа боли в сердце без лекарств, одним только соблюдением четкого режима труда и отдыха, нормализацией сна, диетой можно предупредить развитие стенокардии.

— Вот ведь как случилось... Значит, зря я так легкомысленно отнесся к рекомендациям врача?

— Безусловно! Нельзя ни в коем случае оставлять без внимания первый сигнал тревоги.

За свою долгую практику кардиолога я наблюдал, что инфаркт миокарда часто развивается именно оттого, что многие, особенно мужчины, недооценивают первый приступ боли в сердце или за грудиной, не обращаются к врачу, а обратившись, не выполняют его назначений, особенно если хорошо себя чувствуют. Так что ваше поведение оказалось, к сожалению, весьма типичным.

— Профессор, чтобы избежать катастрофы, я буду теперь очень скрупулезно выполнять все ваши назначения. Может быть, мне требуется лечение в стационаре?

— Думаю, в этом пока нет необходимости. Вам надо в течение недели пройти курс лечения дома, а потом показаться врачу. Но теперь уже без лекарств не обойтись!

Назначу вам препараты, расширяющие коронарные сосуды, и бета-блокатор обзидан, который несколько замедляет ритм сердечных сокращений и тем самым уменьшает потребность сердца в кислороде. Поскольку

ваш пульс 78 ударов в минуту, его некоторое урежение допустимо. Но в процессе приема этого препарата обязательно контролируйте пульс, чтобы он был не реже 50 ударов в минуту.

— А что делать, если пульс станет более редким?

— Скажите об этом врачу. Он снизит дозу обзидана или заменит его другим препаратом.

Всегда имейте при себе валидол, а лучше нитроглицерин. Появятся неприятные ощущения или боль в сердце, немедленно положите под язык таблетку. Если через 5 минут боль не проходит, положите под язык еще одну таблетку и вызывайте «Скорую».

Но лекарства — это еще не все, что вам требуется. Очень важно соблюдать режим, и прежде всего наладить полноценный сон. Ведь во время сна замедляется обмен веществ в клетках миокарда, а значит, и снижается их потребность в кислороде. К тому же сердце обычно работает во время сна в более замедленном темпе. Кстати, хорошо ли вы спите?

— В последнее время очень плохо. Нервничаю, боюсь, что ночью начнется приступ... Судя по всему, придется принимать снотворные...

— Попробуйте сначала обойтись без лекарств. Пораньше выключайте телевизор, часа за 2 до сна выходите погулять, минут за 40 до того, как ложиться спать, сделайте влажные обтирания, теплую ножную ванну... Обязательно откройте в спальне форточку или даже окно.

Если все это не поможет, попросите врача выписать вам легкое успокаивающее средство, например, элениум или тазепам, и принимайте его в сочетании с 30 каплями валокордина.

— Профессор, вот вы сказали, что надо перед сном гулять. Но разве мне с больным сердцем разрешаются пешие прогулки?

— Не только разрешаются, но и настоятельно рекомендуются! Через неделю, когда вам закроют больничный листок, обязательно по часу в день гуляйте. Лучше разделить это время на два раза: полчаса по дороге с работы домой и полчаса перед сном. Ходьба не только стимулирует работу сердца, но и нормализует функцию печени. А для вас это важно! Во время ходьбы улучшается кровоснабжение печени, она больше перерабатывает холестерина в желчные кислоты, которые затем выделяются из организма. А чтобы точно определить оптимальную для вас физическую нагрузку, которая не вызовет ухудшения коронарного кровообращения, обязательно пройдите исследование на велоэргометре в кабинете функциональной диагностики поликлиники или в районном кардиологическом диспансере. Вы когда-нибудь спортом занимались?

— Да, зимой я каждое воскресенье ходил на лыжах, а летом плавал, катался на велосипеде. Как вы считаете, мне придется забыть о своих спортивных увлечениях?

— Это скажет врач после обследования. Думаю, вам можно ходить на лыжах и ездить на велосипеде, но в спокойном темпе, не превышая нагрузки, которую вам порекомендует врач. И не делайте ошибки, увы, очень распространенной: не ограничивайте сверх меры двигательную активность! Вы начнете полнеть. А этого допускать ни в коем случае нельзя!

Лишние килограммы — дополнительная нагрузка для сердца. У полных нарушается жировой обмен, увеличивается содержание в крови холестерина, усугубляется развитие атеросклероза. Кроме того, жир сдавливает капилляры, а из-за этого увеличивается сопротивление току крови, и сердцу приходится проталкивать ее с большей силой. Одним словом, тучность никому не на пользу, а тем, у кого имеется заболевание сердца или сосудов,— особенно.

— Вообще-то я не склонен к полноте. И поэтому никогда не следил за массой своего тела, не соблюдал никакой диеты, не ограничивал себя ни в чем.

— Это и плохо. У вас содержание холестерина в крови — 285 мг/дл, в то время как норма для вашего возраста не более 260 мг/дл. Значит, вам надо резко ограничить богатые холестерином животные жиры до 20 граммов в день, включая сливки, сметану, сливочное масло. Обязательно в вашем ежедневном меню должно быть растительное масло — 40 граммов (2 столовые ложки). В растительном масле содержатся ненасыщенные жирные кислоты. Они нормализуют жировой обмен, обладают желчегонным действием, активизируют перистальтику кишечника, благодаря чему излишки холестерина, поступившие в кишечник, быстрее выводятся из организма. Больше ешьте богатых клетчаткой овощей и фруктов.

Советую вам зимой и ранней весной принимать аптечные витаминные препараты: по 0,5 грамма 2 раза в день аскорбиновой кислоты и по 2 таблетки в день витамина B_6. Эти витамины улучшают обмен веществ в печени, и она активнее переводит холестерин в желчные кислоты, которые выделяются через кишечник.

— Я вас прекрасно понял, профессор. И обязательно буду делать все так, как вы мне советуете. Но скажите, пожалуйста, так ли уж велик вред курения, как об этом говорят врачи? Я, к сожалению, никак не могу бросить курить. Несколько раз пытался, но потом втягивался опять...

— Вот здесь вы должны проявить всю свою волю и отказаться от курения навсегда, если действительно хотите избежать инфаркта! Опасность курения заключается в том, что под влиянием содержащихся в табачном дыме веществ может возникнуть спазм коронарных сосудов. Кроме того, никотин, попадая в кровь, увеличивает способность тромбоцитов прилипать к внутренней поверхности стенки сосудов, а значит, резко возрастает риск образования тромба, в том числе и в сосудах, снабжающих кровью сердце. А ведь именно спазм коронарных сосудов и их тромбоз являются причиной инфаркта миокарда. Так зачем же вам подвергать себя такой смертельной опасности?

Итак, здоровье вам надо беречь! Откажитесь от вредных привычек, ведите активный, но размеренный образ жизни, и тогда вы сможете оградить себя от развития тяжелых осложнений.

Репортаж вела кандидат медицинских наук Т. А. ЯППО

ПОЧЕЧНЫЙ ЧАЙ, БУЗИНА, МАРЕНА КРАСИЛЬНАЯ

Д. А. МУРАВЬЕВА,
профессор

Давно подмечено, что вещества, накапливающиеся в некоторых растениях-диуретиках, проявляют способность облегчать прохождение конкрементов через мочевыводящие пути. Таким растениям и посвящена наша очередная беседа.

ПОЧЕЧНЫЙ ЧАЙ, или ортосифон (по латинскому названию растения), произрастает в Бирме, Индонезии, на Филиппинских островах, в Северо-Восточной Австралии. Весьма популярно это растение в традиционной медицине стран своего региона, особенно в Индонезии. Издавна применяется при тяжелых почечных заболеваниях. Голландцы первыми оценили почечный чай и в 1926 году включили его в свою фармакопею. У нас введен в культуру в начале 50-х годов на Черноморском побережье Кавказа (Кобулети).

Ортосифон — травянистое растение высотой 1—1,5 метра. Стебель четырехгранный, листья накрест супротивные с крупнозубчатым краем. Цветки на верхушках стеблей и ветвей в кистевидном соцветии. Они двугубые с бледно-фиолетовым венчиком. Четыре длинные тычинки сильно выдаются из трубки венчика.

Собирают молодые нецветущие облиственные верхушки с 2—3 парами листьев — флеши, заваривают и пьют подобно обычному чаю. Отсюда и название этого лекарственного средства. Имеются сведения, что на родине листья почечного чая немного поджаривают: настой становится ароматнее, не теряя при этом своих лечебных свойств. В почечном чае в числе фармакологически активных веществ содержатся гликозид сапофонин, флавоноиды, фенолкарбоновые кислоты, эфирное масло (0,2—0,6%), мезоинозид (одно время считали, что это главное действующее вещество), соли калия и другие вещества.

Ортосифон — одно из наиболее эффективных современных мочегонных средств. Настои (из 3 граммов 200 миллилитров настоя) применяют при заболеваниях почек, сопровождающихся отеками. Почечный чай выводит из организма мочевую кислоту, мочевину и хлориды; проявляет благоприятное действие и при холециститах.

Настой пьют только свежим в теплом виде. Его приготавливают ежедневно. В аптеки почечный чай поступает в брикетах прямоугольной формы весом 60 граммов, по 6 граммов в каждой дольке. На приготовление настоя расходуют половину дольки.

ВАСИЛЕК СИНИЙ. Голубые цветки красивого сорняка — спутника ржаных и пшеничных полей, содержат вещества, обладающие мочегонным и желчегонным действием. Эти свойства проявляют и синий пигмент цветков — цианин, и другие фенольные соединения, относящиеся к классу кумаринов. Собирают только корзинки, выщипывая краевые голубые цветки и частично (прилегающие к краевым) зубчатые цветки. Цветоложе отбрасывают.

Сушка должна быть очень быстрая, обязательно в тени. При медленной сушке или сушке на солнце, при хранении в сыром месте цветки принимают красноватый цвет или белеют: пигмент цианин реагирует как чуткий индикатор на неблагоприятные изменения среды клеточного сока в тканях цветка. Настой цветков василька (10:200) используют как диуретическое средство при отеках почечного и сердечного происхождения, а также при заболеваниях мочевыводящих путей (нефриты, нефрозонефриты, циститы, уретриты). Цветки василька входят в состав мочегонных чаев.

ЦВЕТКИ БУЗИНЫ ЧЕРНОЙ. Это деревце или крупный кустарник из семейства жимолостных. У нее крупные (20—30 сантиметров длины) листья, непарно-перистые, с 3—7 листочками, вытянуто-яйцевидные, длинно-заостренные, пильчато-зубчатые. Очень характерны соцветия — крупные многоцветковые плоские щиткообразные, до 20 сантиметров в поперечнике. Отдельные цветки мелкие, желтовато-белые, душистые. Бузина цветет в мае — июне. К августу созревают черно-фиолетовые сочные костянки.

Растет бузина обычно в подлеске широколиственных лесов преимущественно в южной половине европейской части СССР, в Крыму и на Кавказе. Ее часто культивируют в садах и парках. Собирают цветки цельными щитками. После сушки в тени они легко отделяются от цветоносов. В цветках содержится немного эфирного масла, есть флавоноиды (в том числе рутин), органические кислоты, гликозид, проявляющий потогонное действие, витамины (аскорбиновая кислота, каротины), холин, фитостерин, слизистые вещества.

Принимают водный настой (10:200) при заболеваниях почек и мочевого пузыря. Мочегонный и противовоспалительный эффекты обусловливаются всем комплексом веществ, перешедших в настой. В горячем виде настой обладает и потогонным действием.

ПЛОДЫ ПЕТРУШКИ. Семена (бытовое название), а точнее — сухие плодики петрушки, характерные для всех зонтичных, применяют при водянке, отеках сердечного происхождения, заболеваниях почек и мочевого пузыря, острых и хронических циститах.

Семена петрушки содержат эфирное масло (до 6%), флавоноиды, кумарины.

Диуретическое действие связано с содержанием в эфирном масле ароматических, богатых кислородом соединений — апиола (главным образом) и близкого к нему по строению миристицина. Петрушка полезна при нарушениях функций пищеварения, диспепсии, метеоризме. Обладает также и желчегонным действием. Настой (200 миллилитров) изготавливают из 2—3 граммов семян. Действие травы (высушенной петрушки) аналогично семенам, но ее нужно брать больше — 10 граммов травы на 200 миллилитров настоя. В траве, помимо всего, содержатся витамины (аскорбиновая кислота, каротины), аминокислоты и другие полезные вещества.

ТРАВА СПОРЫША, или ПТИЧЬЯ ГРЕЧИХА. Весь-

КАК наследуется резус-фактор?

А. И. БРУСИЛОВСКИЙ,
профессор

Эта история начиналась, как у Чуковского: у меня зазвонил телефон. А говорила одна моя давняя знакомая, крайне встревоженная. Оказывается, у ее беременной дочери резус-отрицательная кровь. В семье возникла тревога: ведь теперь уже всем известно, что ребенок в подобных случаях может родиться больным. Проверили кровь мужа: она тоже оказалась резус-отрицательной. И моя знакомая расстроилась еще больше: ей представлялось, что из-за этого опасность удваивается и что отсутствие резус-фактора составляет какую-то угрозу для здоровья будущего малыша.

— Не волнуйтесь,— убеждал я.— Резус-фактор — это особый белок, содержащийся в эритроцитах. А разнообразных белков в крови у нас много, около 70. У 85% людей резус-фактор есть, у 15% его нет. И если резус-фактор у будущей мамы и ее мужа отрицательный, бояться за ребенка нечего!

Но когда у беременной женщины кровь резус-отрицательная, а у ее мужа резус-положительная, врачи настораживаются, опасаясь резус-конфликта между матерью и плодом. Впрочем, возникает он лишь в том случае, когда у плода кровь такая же, как у отца, то есть резус-положительная. Именно такая ситуация схематически показана на нашей вкладке.

Во время беременности мать и плод едины, и, несмотря на то, что кровь их не смешивается, многие продукты обмена веществ да и отдельные клетки от плода поступают к матери, и наоборот. Этот обмен идет через структуры плаценты, через ту ее часть, которая называется плацентарным барьером.

И вот в кровоток матери начинают поступать эритроциты плода (на вкладке они обозначены кружком со знаком +), содержащие резус-фактор. А в ее крови такого фактора нет, для ее организма этот белок чужеродный. И тут включается биологический защитный механизм: ведь в любом случае, когда в организм попадает чужеродное вещество, он начинает вырабатывать против него оружие — так называемые антитела.

Чем дальше развивается беременность, тем больше накапливается в крови женщины эритроцитов, содержащих резус-фактор и, соответственно возрастает количество враждебных им антител. (На вкладке антитела обозначены точками, окружающими резус-положительный эритроцит.)

Тем же путем, то есть через плаценту, антитела проникают в кровь плода. А ведь они нацелены на разрушение резус-положительных эритроцитов, и под их воздействием эритроциты плода начинают распадаться и гибнуть. В крови накапливаются токсичные продукты распада, в частности билирубин, оказывающий вредное действие на весь организм и особенно на мозг.

Именно из-за билирубина кожа плода к концу беременности приобретает желтую окраску (см. правый нижний рисунок), по интенсивности которой врачи еще до проведения необходимых исследований могут предположить у новорожденного гемолитическую болезнь (гемолиз — разрушение, растворение).

В таких случаях ребенка спасет экстренное заменное переливание крови. На вкладке эту процедуру символически изображает шприц.

Но как формируется резус-принадлежность крови плода? Почему у родителей с резус-отрицательной кровью не может родиться ребенок, имеющий положительный резус-фактор, а если у отца и матери кровь резус-положительная, их ребенок может иметь резус-отрицательную кровь? Что это — случайность, парадокс? Нет, строгие законы генетики.

Вспомним, что существуют гены доминантные и рецессивные и что в присутствии доминантных рецессивные себя не проявляют. Для большей наглядности обозначим резус-положительный ген Rh, а резус-отрицательный — rh.

Известно, что каждый признак, будь то группа крови, цвет глаз или форма ушной раковины определяется по меньшей мере двумя генами: один из них заключен в хромосоме, полученной от отца, другой — в хромосоме, полученной от матери. Следовательно, и отец, и мать всегда участвуют в построении пар генов, определяющих каждый признак, в том числе и резус-фактор. Даже если у ребенка «отцовская» кровь, все равно среди генов, которые обусловили ее свойства, обязательно есть и материнские. И, конечно, наоборот.

Ген Rh (положительный) — доминирует над rh (отрицательным), не дает ему проявиться. И, значит, при резус-отрицательной крови генотип может быть только один — rhrh (если бы от одного из родителей в наследство был получен «положительный» ген, «отрицательный» был бы подавлен и кровь была бы резус-положительной).

У людей же с резус-положительной кровью могут быть два сочетания генов — либо RhRh, то есть одинаковые положительные, полученные от обоих родителей, либо положительный и отрицательный — Rhrh (отрицательный подавлен положительным, он не мог себя проявить, но он существует!).

Если в брак вступают мужчина и женщина с резус-отрицательной кровью, такой же будет и кровь ребенка, поскольку ни у отца, ни у матери нет ни одного «положительного» гена (см. на вкладке квадрат II).

А у людей с резус-положительной кровью может, как мы уже знаем, существовать непроявившийся «резус-отрицательный» ген. И если каждый из родителей передаст ребенку по одному такому гену, кровь у ребенка будет резус-отрицательная. Правда, согласно законам генетики, вероятность такого варианта невелика (см. на вкладке квадрат III).

Как может наследоваться резус-принадлежность крови, если у матери кровь резус-отрицательная, а у отца резус-положительная, показано в квадрате I.

Считается, что 10—13% браков заключаются между людьми с неодинаковой по резус-фактору кровью. Однако частота гемолитической болезни новорожденных по отношению ко всем бракам составляет лишь 0,3—0,7%. Дело в том, что ответная реакция на резус-положительный фактор возникает не у всех женщин с резус-отрицательной кровью. Выработке антител способствуют предыдущие беременности и аборты (если плод в тех случаях был резус-положительным) или переливание резус-положительной крови.

Но при всех условиях развитие гемолитической болезни у ребенка возможно предупредить. Будущей матери надо только как можно раньше обратиться в женскую консультацию, где проследят, не появляются ли в ее крови антитела, и, если они обнаружены, примут необходимые профилактические меры.

Симферополь

См. «Здоровье» № 6 за 1988 год.



Председатель исполнительного комитета Кемеровского областного Совета народных депутатов А. Ф. ЛЮТЕНКО.

В корреспонденции «ЧЕМ ГОРОДУ ДЫШАТЬ» («Здоровье» №7 за 1988 год) справедливо и правильно отражены острота экологической обстановки в Кемерове, причины медленного выполнения постановлений правительства по оздоровлению окружающей среды города, необходимость принятия безотлагательных природоохранных мер.

Исполкомы областного и Кемеровского городского Советов народных депутатов понимают всю важность и неотложность решения этой жизненно важной проблемы для трудящихся города и стремятся к тому, чтобы поправить положение дел.

Этот вопрос неоднократно рассматривался на сессиях, заседаниях исполкомов и депутатских комиссий. О принимаемых мерах тружеников города информируют через областную газету «Кузбасс», телевидение и радио. Проводятся встречи руководителей советских и хозяйственных органов с населением.

Регулярно публикуются экологические бюллетени.

Но обстановка остается по-прежнему сложной. Сказывается сложившаяся за многие годы специфика города. Она заключается в том, что в нем сосредоточены предприятия химии и коксохимии с технологией 30—50-х годов, не рассчитанной на утилизацию промышленных отходов. Административные меры воздействия на производственников в вопросах охраны природы устарели и не приводят к желаемым результатам.

Пятая сессия двадцатого созыва Кемеровского городского Совета народных депутатов приняла 20 июня текущего года решение «О возмещениии ущерба, наносимого промышленными предприятиями и организациями выбросами загрязняющих веществ в атмосферный воздух».

Решением утверждены для предприятий и организаций количества временно согласованных выбросов на периоды неблагоприятных метеоусловий на 1988—1990 годы, разработанные контролирующими органами.

На основании «Временной типовой методики определения экологической эффективности осуществления природоохранных мероприятий и оценки экономического ущерба, причиняемого народному хозяйству загрязнением окружающей среды» установлена плата за выброс в атмосферный воздух загрязняющих веществ. За превышение сверх временно согласованных норм плата установлена в трехкратном размере.

Взимаемые средства будут направляться на выполнение мероприятий по охране окружающей среды и рациональному использованию природных ресурсов.

Постановлением правительства и мерами, утвержденными сессиями областного и Кемеровского городского Советов народных депутатов, до конца текущей пятилетки предусматривается закрытие ряда вредных производств.

На коксохимическом заводе — двух коксовых батарей, смолоперерабатывающего цеха, отделения ректификации сырого бензола. В перспективе завод должен быть перепрофилирован на выпуск экологически безвредной продукции.

На ПО «Химпром» предполагается закрыть производство безводного этиленхлоргидрина, окиси этилена, слабой и крепкой азотных кислот, хлористого цинка, технической соляной кислоты.

Уже закрыт ряд производств на анилинокрасочном заводе, который в будущем намечено перенести на новую площадку с новой технологией.

На ПО «Азот» намечено закрыть производство аммиачной селитры, слабой и крепкой азотных кислот, диметилформамида и уротропина.

В городе будет закрыто пять асфальтобетонных установок. Предприятия энергетики намечено перевести на газообразное топливо, автомобильный транспорт — на газ.

Эти и многие другие меры позволят к 1991 году сократить вредные выбросы почти на 80 тысяч тонн, или более чем на 60%, значительно снизить сброс загрязненных стоков в водоемы.

Исполкомы областного и городского Советов народных депутатов примут необходимые меры к повышению экологической ответственности кадров и трудовых коллективов, будут настойчивее добиваться высокой технологической дисциплины и культуры на каждом предприятии, строже осуществлять экологическую систему контроля, регулярно информировать население города о ходе реализации намеченной программы, учитывать мнения и предложения трудящихся.



Рига. Сотрудник лаборатории Центра наблюдения за загрязнением природной среды Латвгидромета В. Балдерис берет пробу воздуха.

Фото В. Лисицина (ТАСС)

Слуховой аппарат — ребенку?

Родители плохо слышащего трехлетнего мальчика спрашивают, назначают ли таким детям слуховые аппараты и какие.

Как нам сообщили специалисты, о слухопротезировании надо позаботиться сразу, как только обнаружится, что ребенок плохо слышит. Это может быть и в два года, и в год, и даже раньше. Тип слухового аппарата подбирают индивидуально, с учетом степени потери слуха.



Фото М. Вылегжанина

Расти здоровым, малыш!

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ

Если с ребенком произошел несчастный случай, в этом, как правило, повинны взрослые. Вот типичные ситуации.

Мама переодевает на пеленальном столе или на тахте малыша, уже научившегося самостоятельно поворачиваться. Отходит на минутку — и ребенок скатывается на пол.

Горячий чайник, кастрюля с только что закипевшим молоком или снятым с плиты супом стоит на столе, ребенок, играющий в комнате, тянет за скатерть, за край клеенки — и опрокидывает посуду с горячей жидкостью на себя.

Лекарства, которые пьют взрослые, оставлены на низкой тумбочке, в легко открывающемся ящике, шкафу — ребенок находит их и, приняв за конфеты, глотает.

Мелкие пуговицы, бусины, шурупчики, монеты валяются где попало и привлекают внимание малыша. Он тянет заинтересовавший его предмет в рот, засовывает в нос или в ухо.

Во дворе или поблизости от него не ограждены оставшиеся после строек глубокие ямы, карьеры, не убраны бетонные плиты. Дети играют одни. Игра кончается падением, сильным ушибом, травмой ступни или голени.

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ РЕБЕНОК...



ПОРЕЗАЛСЯ, ОЦАРАПАЛСЯ. Промойте ранку, царапину, ссадину перекисью водорода. Края (только края!) смажьте настойкой йода или бриллиантовым зеленым, наложите повязку. Если ранка глубокая, обратитесь к хирургу: возможно, потребуется наложить швы.



УШИБ ГОЛОВУ. Уложите его в постель. Намочите салфетки холодной водой и прикладывайте к голове, меняя их по мере согревания. Следите за состоянием ребенка. Признаки сотрясения мозга: тошнота, рвота, головокружение. В этих случаях надо вызвать врача.



ОБЖЕГСЯ КИПЯТКОМ, МОЛОКОМ, ГОРЯЧЕЙ ПИЩЕЙ. Подставьте обожженный участок тела под струю холодной воды: это облегчит боль. Если появились пузыри — не прокалывайте их! Помните: сильный ожог, большая его площадь (больше ладони ребенка) требует экстренной медицинской помощи! До приезда «Скорой» прикройте обожженный участок чистым бинтом, салфеткой. Ничем не смазывайте, не присыпайте!



ПРОГЛОТИЛ ЛЕКАРСТВА ИЗ АПТЕЧКИ ВЗРОСЛЫХ. Поскорее вызовите у ребенка рвоту, засунув ему в рот обернутый бинтом палец и надавливая на корень языка. Постарайтесь выяснить, сколько таблеток он проглотил и какие. Если знаете, сколько их было во флакончике, упаковке, посчитайте оставшиеся. Вялость, сонливость, как и резкое возбуждение,— признаки лекарственного отравления! Срочно вызовите «Скорую»!

ВЫПИЛ УКСУС, РАСТВОР КАКОЙ-НИБУДЬ КИСЛОТЫ. До приезда «Скорой» немедленно начните поить ребенка чистой водой или водой, в которой размешан яичный белок.

Справочное бюро «Здоровья» для родителей

Чем занять непоседу?

Такой вопрос задает мама двухлетней девочки, слишком, по ее мнению, подвижной.

Начнем с того, что подвижность — естественное свойство ребенка. В раннем возрасте дети еще очень плохо переносят статические нагрузки, они не могут долго оставаться в одной позе, их способность к сосредоточению внимания минимальна. Тем не менее формировать у них навыки усидчивости уже можно и нужно.

Для этого следует рассматривать с девочкой картинки, импровизируя по ним несложный рассказ, читать ей сказки, учить ее подбирать кубики по цветам (красный, синий, зеленый, желтый), строить из них «поезд», «домик», «башенку». Продолжительность таких занятий не должна превышать 20—25 минут.

Доход семьи. Из чего он складывается?

Этот вопрос волнует многих родителей, детям которых не исполнилось года. Ведь в зависимости от дохода семьи решается, например, немаловажный вопрос о бесплатном питании из молочной кухни. Оно выдается ребенку, если доход семьи меньше 50 рублей на человека.

Доход семьи складывается из зарплаты работающих членов семьи и ежемесячного пособия — 35 рублей, которые получает мать до достижения ребенком года.

Можно ли делать грудному ребенку точечный массаж?

Родители прочитали в нашем журнале о точечном массаже для профилактики ОРВИ и спрашивают, могут ли они делать такой массаж семимесячному ребенку.

Специалисты НИИ рефлексотерапии Всесоюзного научного центра медицинской реабилитации и физической терапии объяснили нам, что точечный массаж применяют только детям после года. У малышей до года еще очень нежная кожа, и массаж может вызвать ее раздражение, а иногда и способствовать нервному возбуждению.

СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (в мм ртутного столба)

Возраст	Систолическое («верхнее»)	Диастолическое («нижнее»)
1—12 месяцев	85—100	35—45
1—2 года	85—105	40—50
3—7 лет	86—110	55—63
8—16 лет	93—117	59—75



Фото С. Гурарина.



ПРОГЛОТИЛ МЕЛКИЙ ПРЕДМЕТ. Не волнуйтесь, если это бусинка, косточка вишни, круглая пуговичка или другой гладкий, круглый предмет: скорее всего он благополучно пройдет по пищеварительным путям и примерно через сутки выйдет с испражнениями. Проследите и удостоверьтесь!

Если предмет был острый, с зазубренными краями — везите ребенка в больницу. Есть опасность травмы пищевода, желудка, кишечника. Экстренная медицинская помощь необходима, если ребенок жалуется на боль в животе.

Слабительных не давайте! Кормите мягкой, объемной пищей — картофельным пюре, кашей, тушеным протертым яблоком.



ВДОХНУЛ МЕЛКИЙ ПРЕДМЕТ. Не пытайтесь останавливать возникший резкий кашель: пусть ребенок покашляет сильнее. Положите его себе на колени, головой вниз и похлопайте по спине. Маленького, крепко взяв за ноги, подымите вниз головой, похлопайте по спине: в таком положении инородное тело легче выталкивается из дыхательных путей. Если ничего не получилось — обращайтесь за медицинской помощью!



ЗАСУНУЛ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО В УХО. Ни в коем случае не пытайтесь его извлечь сами — вы рискуете повредить барабанную перепонку. Немедленно отведите ребенка в поликлинику.



ЗАСУНУЛ БУСИНКУ, ГОРОШИНУ В НОС. Прижав платком ноздрю, в которой нет инородного тела, попросите ребенка сильно высморкаться. Если инородное тело ушло неглубоко, его удается удалить таким образом. Но из глубины носовых ходов его сможет извлечь только врач. Неумелыми попытками вы только загоните бусинку или горошину дальше. Следите за тем, чтобы по дороге в поликлинику ребенок дышал ртом: «шмыгая» носом, он втягивает инородное тело вглубь.



УПАЛ С ВЫСОТЫ, сильно ушиб руку, ногу. Если буквально на глазах появляется отек, ребенок жалуется на сильную боль, можно заподозрить перелом. Не ощупывайте ушибленное место, этим вы только усилите боль! Диагноз уточнит травматолог или хирург с помощью рентгеновского снимка. Ребенку станет легче, если, доставляя его в медицинское учреждение, руку взять на перевязь, ногу прибинтовать к ровной доске, широкой линейке.

УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ!

ПРАВИЛЬНО ОКАЗАННАЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ОБЛЕГЧАЕТ ДАЛЬНЕЙШЕЕ ЛЕЧЕНИЕ. СТАРАЙТЕСЬ УСПОКОИТЬ РЕБЕНКА, ЕСЛИ ОН ИСПУГАН, НЕ ПОКАЗЫВАЙТЕ ЕМУ СВОЕГО ВОЛНЕНИЯ, ДЕЙСТВУЙТЕ БЫСТРО, НО БЕЗ СУЕТЫ.

СРЕДНИЕ НОРМЫ МАССЫ ТЕЛА И РОСТА



ДЕВОЧЕК

Возраст (годы)	Масса тела (в килограммах)	Рост (в сантиметрах)
1	9,1—10,8	72—77
2	11,7—14,1	82—90
3	13,1—16,7	91—99
4	14,4—17,9	95—106
5	16,5—20,4	104—114
6	19,0—23,5	111—120
7	21,5—25,7	118—129
8	24,2—30,8	124—134
9	26,6—35,6	128—140
10	30,2—38,7	134—147
11	31,7—42,5	138—152
12	38,4—50,0	146—160
13	43,3—54,4	151—163
14	46,5—55,5	154—167

МАЛЬЧИКОВ

Возраст (годы)	Масса тела (в килограммах)	Рост (в сантиметрах)
1	10,0—11,5	73—79
2	12,4—13,7	85—92
3	13,7—16,1	92—99
4	15,5—18,9	98—107
5	17,4—22,1	105—116
6	19,7—24,1	111—121
7	21,6—27,9	118—129
8	24,1—31,3	125—135
9	26,1—34,9	128—141
10	30,0—38,4	135—147
11	32,1—40,9	138—149
12	36,7—49,1	143—158
13	39,9—53,0	149—165
14	45,4—56,8	155—170



Продолжаем публиковать комплекс упражнений шаолиньской школы ушу.

6. ЛУЧНИК НАТЯГИВАЕТ ТЕТИВУ

Развернуть носок правой ноги и корпус на 180°, правую руку вслед за движением корпуса отвести вправо назад и вверх, рука полусогнута в локте, ребро ладони направлено вверх. Одновременно левой ногой сделать широкий шаг влево, принять позицию наездника. Выпрямить левую руку от пояса влево. Глаза смотрят на левый кулак **(рисунок 6).**

Примечание: правый локоть развернуть назад, кулак над правым плечом, а не над головой. Левый кулак не выше плеча, плечи слегка отведены назад.

7. ПУШЕЧНЫЙ ВЫСТРЕЛ ИЗ-ПОД КРЫШИ

Развернуть носок левой ноги и пятку правой, а вслед за этим и корпус влево, принять позицию выпада. Одновременно с поворотом корпуса разжать левый кулак, поставить блок левой рукой передо лбом, рука полусогнута в локте, ладонь направлена вперед, пальцы — вправо. Опустить правую руку к поясу и резко выпрямить вперед. Глаза смотрят в пространство перед кулаком **(рисунок 7).**

Примечание: в момент постановки блока корпус остается развернутым строго влево. В блоке ладонь расположить над и впереди головы, а не над правым или левым плечом. Проводя правую руку возле пояса, необходимо развернуть кулак ребром ладони к себе и только после этого выпрямлять руку.

8. ЛАПА ОПУСКАЮЩЕГОСЯ ДРАКОНА

а) Левой ладонью ударить сверху вниз по запястью правой руки и схватить его, ребро ладони направлено вперед. Немного выпрямить левую ногу и развернуть корпус вправо. Не меняя положения кистей рук, отвести правый кулак вместе с левой рукой вправо возле туловища вниз. Глаза смотрят на левую ладонь **(рисунок 8а).**

б) Не прекращая движения, правой ногой сделать шаг вперед, придти в позицию выпада. Одновременно развернуть корпус влево, вслед за этим поднять и вывести вперед правый локоть на высоте чуть выше плеча и дальше по дуге придавливающим движением немного вниз. Глаза смотрят на правый локоть **(рисунок 8б).**

Примечание: шаг правой ногой, разворот корпуса и выведение локтя производятся одновременно. Во время опускания локтя вниз корпус необходимо слегка подать вперед.

9. МОНАХ УДАРЯЕТ В КОЛОКОЛ

а) Выпрямить спину, перенести центр тяжести на левую ногу и выпрямить ее, правой ногой оттолкнуться от земли и поднять ее перед собой, полусогнув в колене **(рисунок 9а).**

Подпрыгнуть на левой ноге, в прыжке развернуть корпус на 180°, приземлиться на правую ногу, поставив ее на место левой.

б) Приземлившись на правую ногу, опустить на землю левую, принять позицию наездника. Одновременно разжать левую руку, отпустив правый кулак, завести левую руку под правый локоть и оттуда вывести перед собой по дуге так, чтобы ладонь была направлена вверх. Правую руку поднять вверх, провести передо лбом, выпрямить и ударить ею по левой ладони. Глаза смотрят на правый кулак **(рисунок 9б).**

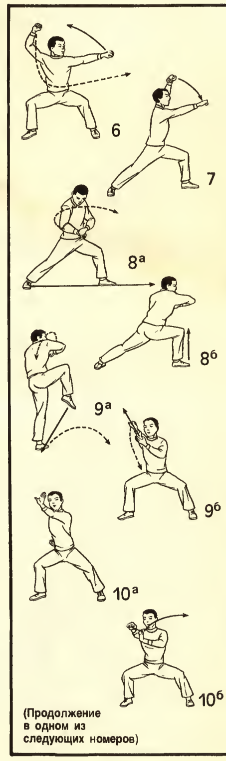
Примечание: разворот корпуса следует выполнять по диагонали. Удар распрямленной рукой по ладони необходимо завершить до окончательного принятия позиции наездника, а не после. Левую ладонь расположить под правым локтем, левое предплечье прижать к туловищу, локоть направлен вниз. Правый кулак на уровне лба.

10. ВДЕВАНИЕ НИТКИ В ИГОЛКУ

а) Полусогнуть правую руку в локте и отвести ее над левой ладонью к поясу, ребро ладони направлено к себе. Одновременно выпрямить левую руку из-под правой, ладонь направлена вперед, большой палец отставлен. При этом слегка приподняться, корпус развернуть немного вправо. Глаза смотрят на левую ладонь **(рисунок 10а).**

б) Не прекращая движения, выпрямить от пояса правую руку. Одновременно согнуть левую руку в локте и отвести к правому плечу, большой палец по-прежнему отставлен, ладонь направлена вправо. Вернуть корпус в прежнее положение, принять позицию наездника. Глаза смотрят на правый кулак **(рисунок 10б).**

Примечание: отведение правого кулака и выведение левой ладони, равно как и выпрямление правой руки и отведение левой, производятся не по очереди, а синхронно. Ладонь выводится на уровень лба, кулак — на уровень плеча.



(Продолжение в одном из следующих номеров)

К. М. БАРСКИЙ,
востоковед

В. В. СМЕКАЛИН,
мастер спорта

См. «Здоровье» №№ 4,6,7,9,11

И. Н. РУЧКИН, кандидат медицинских наук

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА

КОМПЛЕКС № 2

Сидя на стуле

1. И.п. — руки на коленях, в руках палка, спина прямая, касается спинки стула, ноги на ширине плеч. Потянуться вверх — вдох, палку положить сзади на плечи — выдох **(фото 1)**, палку вверх — вдох, вернуться в и.п.— выдох. Повторить 3—4 раза.

2. И.п. — то же, чуть отодвинуться от спинки стула. Вдохнуть, повернуться вправо, руки с палкой вытянуть перед грудью — выдох **(фото 2)**, вернуться в и.п.— вдох. То же в другую сторону. Повторить по 5—6 раз в каждую сторону.

3. И.п. — кисти к плечам, ноги вместе. Круговые движения руками в плечевых суставах по 3—4 раза вперед и назад. Дыхание произвольное.

Стоя на четвереньках

4. Округлить спину — вдох, опустить — выдох. Повторить 6—8 раз.

5. Поднять левую руку и правую ногу вверх — вдох, вернуться в и.п. — выдох. Повторить 4—6 раз. То же другой ногой и рукой **(фото 3)**.

Лежа на животе

6. И.п. — руки согнуты в локтях, одна кисть лежит на другой, на них — подбородок, ноги вместе. Попеременно сгибать и разгибать ноги в коленях **(фото 4)**. Дыхание произвольное. Повторить 4—5 раз каждой ногой.

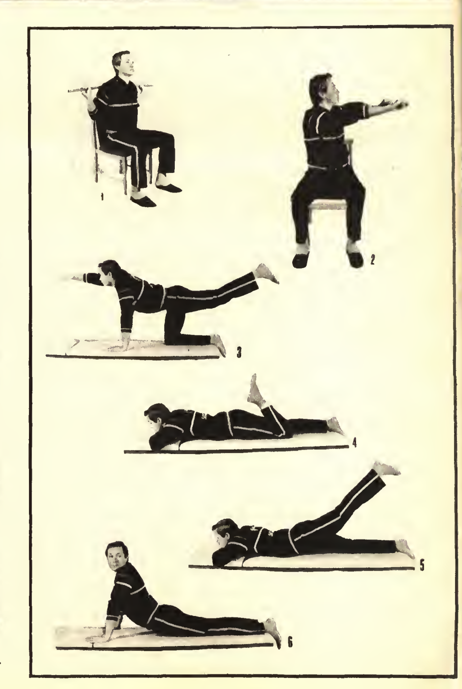
7. И.п. — то же. Поднять левую ногу — вдох **(фото 5)**, возвращаясь в и.п. — выдох. Повторить по 4—5 раз попеременно каждой ногой.

8. И.п. — ладони упираются о пол на уровне груди, ноги вместе. Выпрямляя руки, посмотреть через левое плечо на правую пятку — вдох **(фото 6)**, вернуться в и.п. — выдох. То же в другую сторону. Повторить 4—6 раз.

Лечь на спину, расслабить все мышцы, отдохнуть 10—15 секунд.

Через два-три месяца количество повторений каждого упражнения увеличивайте до 8—10 раз.

Больные молодого возраста, с незначительным ограничением подвижности с разрешения врача могут приступить к выполнению упражнений комплекса № 3.



См. «Здоровье» № 11 за 1988 год.

КОМПЛЕКС № 3

Сидя на стуле

1. И.п. — сесть лицом к спинке стула, руки на его спинке, слегка согнуты, разведены на ширину плеч. Повернуть корпус и левую руку влево — вдох **(фото 1)**, вернуться в и.п. — выдох. То же в другую сторону. Повторить по 3—6 раз в каждую сторону.

2. И.п. — как в упражнении 1, грудь касается спинки стула. Круговые движения корпусом вправо и влево по 4—5 раз. Дыхание произвольное.

3. И.п. — спина касается спинки стула, руки опущены, ноги вытянуты вперед и разведены в стороны. Повернуть корпус и правую руку влево — вдох, наклониться, коснуться пальцами правой руки левого носка — выдох **(фото 2)**. То же в другую сторону. Повторить по 5 раз в каждую сторону.

4. И.п. — сесть на край стула, опереться спиной о его спинку, развести ноги в стороны, руками держаться за сиденье. Поднять правую ногу вверх, завести за левую — вдох **(фото 3)**, вернуться в и.п. — выдох. То же другой ногой. Повторить по 4—5 раз.

5. И.п. — спина касается спинки стула, кисти к плечам, ноги на ширине плеч, согнуты в коленях. Вдохнуть, наклоняясь, коснуться правым локтем левого колена — выдох, вернуться в и.п. — вдох. То же в другую сторону. Повторить по 5 раз.

6. И.п. — спина касается спинки стула, руки опущены, ноги на ширине плеч. Руки в стороны — вдох, подтянуть с их помощью к груди правое колено — выдох, вернуться в и.п. То же, подтягивая левое колено. Повторить по 4 раза..

Стоя

7. И.п. — стать левым боком к стулу, взяться левой рукой за его спинку, ноги вместе. Маховые движения правой рукой и ногой **(фото 4)** (нога вперед, рука назад, и наоборот). То же, став к стулу правым боком. Повторить по 4—5 раз.

8. И.п. — стать на полшага позади стула, руки на ширине плеч на его спинке, ноги вместе. Вдохнуть, сделать выпад вправо — выдох **(фото 5)**, вернуться в и.п. — вдох. То же в другую сторону. Повторить по 4—6 раз в каждую сторону.

9. И.п. — то же. Отведя назад правую ногу, пружиняще 2—3 раза присесть на левой. То же на другой ноге. Дыхание произвольное. Повторить по 7—8 раз.

10. И.п. — стать на шаг позади стула, руки на его спинке на ширине плеч. Наклоняясь, пружиняще покачать корпус. Дыхание произвольное. Повторить 7—9 раз.

11. И. п.— то же. Вдохнуть, присесть (спина прямая) — выдох, вернуться в и. п.— вдох. Повторить 4—5 раз.

12. И.п. — встать боком к стулу, на полшага от него, левая рука на спинке стула, ноги на ширине плеч. Вдохнуть, наклониться влево, поднимая правую руку вверх — выдох **(фото 6)**, вернуться в и.п. — вдох. То же вправо. Повторить по 4 раза в каждую сторону.

13. И.п. — стоя, руки опущены, ноги на ширине плеч. Повороты корпуса вправо и влево, расслабленные руки следуют в ту же сторону. Дыхание произвольное. Повторить по 4—5 раз в каждую сторону.

14. И.п. — то же. Вдохнуть, наклониться, коснуться руками пола — выдох, вернуться в и.п. — вдох. Повторить 4—5 раз.



15. И.п. — то же. Наклоны вправо и влево («насос»). Дыхание произвольное. Повторить по 4—5 раз.

16. Ходьба в течение 15—20 секунд в среднем темпе на всей ступне, на носках, на пятках; руки к плечам, в стороны, за голову.

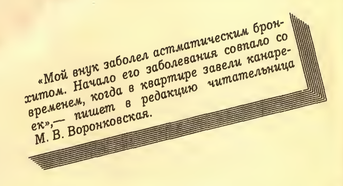
Полезно перекидывать мяч партнеру, бросая по 5—10 раз мяч из-за головы; одной рукой от плеча, затем другой; двумя руками от груди; двумя руками вверх из-за спины. Каждый бросок делать на выдохе!

Евгения ГАЙ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Давно, с времен Асклепия, пожалуй,
Известно: сам себе и друг, и враг.
Не атакуй врачей уныньем жалоб!
Твое здоровье — в собственных руках!
Перенесемся в наш двадцатый век:
Тревожный крик летящей «неотложки»,
Такой, что заскребут на сердце кошки.
Носилки. На носилках — человек.
Дела его, как молвят, «не того».
Нет, нет, мое сочувствие больному!
Но, право, есть и повод слову злому,
Вот краткая история его:
Был у врача.
Узнал диагноз:
— Вам
Нужна, товарищ, строгая диета.
Терпите уж, не ешьте то и это,
Забудьте относительно «ста грамм»!
Запретный плод, все знают, сладок.
Рекомендациям назло,
Нарушен тут же весь порядок,
И — все сначала! И — пошло!
Сперва оглядчиво и робко,
А там уж только хвать и хлоп!
— Умру, но тяпну эту стопку!
Умру — съем жирный эскалоп!
Умру — отмечу встречу с другом!
А отмечать, так отмечать,
Чтоб голова ходила кругом,
Чтоб рухнуть трупом на кровать!
— Умру — хвачу еще горчицы!
Умру — отведаю хренку!
Он к поросятинке годится...
Умру... Ой, братцы, боль в боку!
В ноль-три звоните! Что со мною?!
За что такая казнь нутру?
...И вот уже в прием-покое
Звучит последнее:
— Умру...





На вопросы, волнующие автора письма, отвечает аллерголог, профессор Т. Е. СОКОЛОВА.

КАНАРЕЙКИ В КВАРТИРЕ

«Может ли у ребенка возникнуть астматический бронхит, если в квартире, где он живет, содержатся канарейки?»

— При аллергической настроенности организма — безусловно. Соседство с птицами такому ребенку противопоказано. В квартире ребенка или взрослого, страдающего астматическим бронхитом, не должно быть ни птиц, ни аквариумов с рыбами, ни домашних животных. Это требование категорическое!

«Может ли приступ астматического кашля у ребенка быть вызван не прямым контактом с канарейками, а тесным контактом с людьми, которые за ними ухаживают?»

— Не только перья и пух птицы, но и мельчайшие частицы ее испражнений могут быть очень сильным аллергеном. Когда человек, допустим, чистит клетку, эти частицы оседают на его одежде, руках. И если он, не переодевшись, не вымыв руки, близко соприкасается с ребенком, страдающим астматическим бронхитом, создается аллергоопасная ситуация, способная вызвать приступ астматического кашля.

«Есть ли вероятность того, что аденоиды выросли у ребенка вследствие контакта с канарейками?»

— Причины появления аденоидов другие, но постоянная аллергизация организма может усиливать разрастание аденоидной ткани.

«Могли ли профилактические прививки вакциной АДС«М», сделанные в установленные сроки, стать причиной развития астматического бронхита?»

— Нет, профилактические прививки АДС«М» не вызывают аллергических заболеваний, но они могут повысить уже имеющуюся аллергическую настроенность организма.

М. С. ВАСИЛЬЕВА,
кандидат
медицинских наук

ПЕРЕД ВСТРЕЧЕЙ НОВОГО ГОДА

Женщине всегда хочется быть красивой, привлекательной, особенно в праздничные дни. В новогоднюю ночь, возможно, вы пойдете в гости или будете принимать гостей. За праздничными хлопотами не забудьте хотя бы час уделить своей внешности.

Примите теплый (4—5 минут), затем прохладный (1—2 минуты) душ. Хорошо разотритесь махровым полотенцем до ощущения теплоты. Мыть лицо горячей водой с мылом не советую: кожа начнет усиленно выделять сало и будет блестеть. Умыться лучше прохладной кипяченой водой.

Включите негромкую любимую мелодию. Медленно выпейте стакан крепкого чаю с лимоном и наложите на лицо освежающую маску. Маска должна быть привычной для вашей кожи. Поэтому рекомендую испытать ее действие заранее. Вот два несложных рецепта.

ЖЕЛТКОВО-МЕДОВАЯ маска для сухой кожи. Желток отделите в чашку, добавьте 5—6 капель растительного масла и хорошо перемешайте. Добавьте чайную ложку меда и снова тщательно перемешайте. Полученную массу аккуратно нанесите на лицо и шею.

МАСКА ИЗ МАЙОНЕЗА для жирной кожи. Смешайте 2 чайные ложки майонеза с 2 чайными ложками сметаны. Нанесите смесь на лицо и шею.

На веки положите комочки ваты, смоченные настоем ромашки или некрепким чаем. Теперь выключите яркий свет и прилягте на 15—20 минут. Ноги положите на валик из одеяла или подушки. Расслабьтесь. Дышите глубоко и равномерно. Отдохнули? Смойте маску кипяченой прохладной водой и займитесь декоративной косметикой.

В отличие от ежедневного, неброского, естественного вечерний макияж более ярок и в зависимости от вашего характера допускает некоторую экстравагантность. Он должен сочетаться с платьем, украшениями.

Непременное условие — аккуратность. Согласитесь, размазанная под глазами тушь или кое-как накрашенные губы сразу выдают неряшливость женщины. Поэтому не торопитесь и делайте макияж тщательно.

Сначала нанесите на кожу нежирный крем («Ленинградский», «Людмила», «Витаминный»), а потом легкими круговыми движениями пальцев — тональный крем («Колорит», «Любимый», «Тонак», «Ольга»). Не забудьте нанести крем на верхние и нижние веки; шею, чтобы не было резкой границы между подкрашенным лицом и естественным цветом кожи. Дайте крему 1—2 минуты впитаться и промокните излишки мягкой бумажной салфеткой. Попудрите шею и лицо светлой пудрой, а выступающие части лица (скулы, нос, подбородок) — более темной.

Если ресницы светлые, тонкие и короткие, их можно подкрасить тушью. Брюнеткам рекомендуется черная, темно-зеленая тушь, блондинкам — синяя, коричневая. Тем, у кого брови светлее волос, можно подкрасить их коричневым карандашом.

Последний штрих — подкрашивание губ. Сначала обведите их по контуру темным карандашом, а в пределах контура аккуратно нанесите помаду. Для брюнеток подходят более темные тона помады, для блондинок более светлые.

Если ваше лицо овальной формы, с правильными чертами, главная цель декоративной косметики — придать лицу свежесть и выразительность.

Несколько советов тем, у кого лицо удлиненное или круглое, имеющее треугольную или четырехугольную форму. Зрительно скорректировать форму лица помогут светлая и темная тональные пудры. Светлая пудра увеличивает объем и делает более выпуклыми те или иные части лица. Темная, наоборот, скрадывает чрезмерный объем и выпуклости. Например, при круглой или четырехугольной форме лица более светлый тон пудры выделит центральную часть, а более темный отвлечет внимание от скул.

При удлиненном лице светлый тон наносят на щеки, челюсти, виски, а на остальную часть лица — крем-пудру цвета кожи.

Круглолицым женщинам следует знать, что им нельзя закруглять брови (дугой). Это делает лицо еще более круглым и даже смешным. Лучше придать бровям максимально восходящую форму.

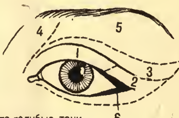
Если лицо продолговатое, брови не надо укорачивать, а при треугольном, суженном книзу лице целесообразно придать бровям горизонтальную линию.

И еще один совет: не перегружайте лицо излишней косметикой. Это грубит и старит! Главное, что сделает вас красивой,— это хорошее настроение, улыбка, доброжелательность!

ПОДЧЕРКНИТЕ КРАСОТУ ВАШИХ ГЛАЗ

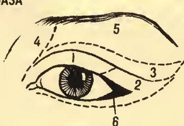
Так косметологи советуют тонировать веки.

ГОЛУБЫЕ ГЛАЗА



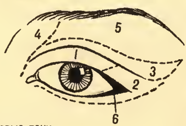
1. Серебристо-голубые тени.
2. Темно-синие тени.
3. Коричнево-розовые тени.
4. Розовые тени.
5. Жемчужно-розовые тени.
6. Черный карандаш.

КАРИЕ ГЛАЗА



1. Светло-коричневые тени.
2. Тени цвета лаванды (темно-сиреневые).
3. Коричнево-розовые тени.
4. Розово-малиновые тени.
5. Жемчужно-розовые тени.
6. Черный карандаш.

ЗЕЛЕНЫЕ ГЛАЗА



1. Оливковые тени.
2. Темно-зеленые тени.
3. Коричневые тени.
4. Тени кирпичного оттенка.
5. Перламутровые тени цвета спелого колоса.
6. Черный карандаш.

В НОВОГОДНЮЮ НОЧЬ САДИТЕСЬ ЗА СТОЛ не позднее 21—22 часов. Больше легких закусок, различных салатов. В полночь подайте мороженое, фрукты. С ними хорошо сочетается шампанское, которым принято встречать Новый год.

Т. А. ЯППО,
кандидат медицинских наук

ТЕМ, КОМУ ДАЖЕ ИЗРЕДКА ПРИХОДИТСЯ работать с хлорамином и хлорной известью, надо обязательно пользоваться респиратором РУ-60, защитными очками, резиновыми перчатками, так как эти дезинфицирующие средства выделяют хлор. А он оказывает раздражающее действие на слизистые оболочки глаз, верхних дыхательных путей и кожу.

Л. С. ФЕДОРОВА,
кандидат медицинских наук

ДОЛГО ХРАНИТЬ ЛЮБУЮ КРУПУ не рекомендуется. Она может приобретать неприятный, затхлый запах, прогоркать. Быстро портятся овсяная, пшено, кукурузная крупа, поскольку они содержат много жира.

В. В. ЧУМАКОВА,
инженер-технолог

ЧТОБЫ НОГИ МЕНЬШЕ УСТАВАЛИ, в течение дня несколько раз сделайте 15—20 приседаний, прыжков, поочередно поднимайте то левую, то правую ногу вперед, в сторону.

В. Н. СЕРГЕЕВ,
кандидат медицинских наук

СИСТЕМАТИЧЕСКИ ПЕРЕЕДАТЬ опасно не только из-за того, что может развиться ожирение. Но даже не вызывая увеличения массы тела, переедание часто становится причиной артериальной гипертонии, гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменной болезни.

Г. Р. ПОКРОВСКАЯ,
кандидат медицинских наук



Автор темы Г. Л. Ирошенко.
Художник Г. А. Лопатина.
Всесоюзный НИИ медицинских проблем формирования здорового образа жизни населения Минздрава СССР, Москва, 1987.



Если вы впервые стали на коньки, не катайтесь сразу более 30 минут подряд. Чтобы не болели ноги, сядьте после катания на скамейку и сделайте 8—10 вращений каждой стопой в правую и левую стороны, а затем помассируйте голеностопные суставы.

ЕСЛИ ВЫ СТРАДАЕТЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, то должны принимать прописанные врачом лекарства не раз от разу, не только когда повышено артериальное давление, а систематически, даже в период хорошего самочувствия. Этим вы предупредите развитие кризов и других тяжелых осложнений.

В. А. ТОЛКУНОВА,
врач

ВО ВРЕМЯ ГОЛОЛЕДИЦЫ старайтесь ходить осторожно, не торопитесь. Ноги ставьте так, чтобы они были немного согнуты в коленях, а носки слегка повернуты наружу. Корпус чуть наклоняйте вперед.

Д. В. ЗАЦЕПИНА,
врач

ЕСЛИ У ВАС ПОДНЯЛАСЬ ТЕМПЕРАТУРА, появились кашель, насморк, не проявляйте ложного геройства, лягте в постель и вызовите врача. Этим вы предотвратите заражение окружающих и предупредите развитие осложнения ОРВИ у себя.

Г. В. ИВОЛГИН,
врач

А. И. СВЕШНИКОВ,
кандидат медицинских наук

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ
ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ

Наиболее часто при отморожении поражаются открытые участки тела — ушные раковины, нос, щеки, а также кисти и стопы, поскольку их кровоснабжение вследствие анатомических особенностей недостаточно. Отморожение может возникнуть не только зимой, при сильном морозе, но и весной или осенью, в сырую и ветреную погоду, если одежда слишком легкая, а обувь тесная и промокшая.

Особенно подвержены отморожению люди, страдающие облитерирующим эндартериитом, варикозным расширением вен, заболеваниями сердечно-сосудистой системы, повышенной потливостью ног, а также те, кто переутомлен или находится в состоянии алкогольного опьянения.



ДЛЯ ПОВЕРХНОСТНОГО (I—II СТЕПЕНИ) ОТМОРОЖЕНИЯ характерны чувство жжения, покалывания, онемения. Если появились эти признаки, разотрите мочку уха, щеку или нос рукой или шерстяным шарфом, но не снегом. Снимите перчатку или обувь, руки согрейте дыханием и легким массажем, а стопы разотрите в направлении сверху вниз.

ПРИ ГЛУБОКОМ (III—IV СТЕПЕНИ) ОТМОРОЖЕНИИ появляется болезненность в пораженном участке тела, теряется чувствительность, кожа становится бледной, холодной на ощупь. Активные движения отмороженных пальцев стопы или кисти невозможны.

При глубоком отморожении обязательно надо укутать пораженную часть тела чем-либо теплым, а при возможности на подвергшуюся холодовой травме руку или ногу наложите слой марли, затем толстый слой ваты, опять марли, сверху клеенку или полиэтиленовый пакет.

Постарайтесь быстрее добраться до ближайшего теплого помещения.

Запомните: войдя в помещение, ни в коем случае не снимайте повязку. Иначе возникнет перепад температур в поверхностных и глубоко лежащих слоях отмороженных тканей, восстановить нормальное кровообращение не удастся и поверхностные слои, не получая питания, погибнут.



Выпейте любой горячий напиток (сладкий чай, кофе, молоко). Если есть возможность, примите таблетку ацетилсалициловой кислоты (аспирина) или анальгина, а также две таблетки но-шпы, 15—20 капель корвалола или валокордина, под язык положите таблетку валидола или нитроглицерина. И поскорее обратитесь в медицинское учреждение.

Согревать отмороженный участок тела, руку или ногу с помощью грелки, согревающего компресса, горячего душа или ванны категорически нельзя! Не натирайте отмороженный участок тела жиром.

Здоровье 1988



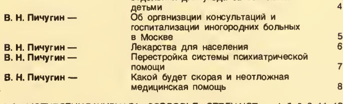





ПУБЛИЦИСТИКА. ДАТЫ. СОБЫТИЯ

А. Микулин —	Мой доктор	1
О. Н. Приезжева —	Советские ученые в Китайской Народной Республике	2
В. И. Калинин —	Медицинский паспорт	2
	Авторитетно и слово, и дело женсовета	3
Н. Меньшикова —	Рядом с воинами-интернационалистами	3
	Курорты — на службу народу	4
7 апреля — Всемирный день здоровья		
Э. В. Косенко —	«Здоровье для всех — все для здоровья»	4
12 апреля — День космонавтики		
М. Ребров —	326 дней в космосе	4
В. Антонов —	В заботе о человеке все важно	5
И. Быкова —	Мастер	5
Н. Меньшикова —	Врач учвстковый или семейный?	5, 9
К 70-летию создания Наркомздрвва РСФСР		
А. И. Потвпов —	Идет перестройка в здравоохранении	6
1 июня — Международный день защиты детей		
Г. А. Савинов —	Плодотворное сотрудничество	6
5 июня — Всемирный день охраны окружающей среды		
И. Филоненко —	Пусть цветут сады!	6
Д. Еленина —	Всегда в поиске	6
19 июня — День медицинского работника		
	С праздником, дорогие наши друзья!	6
Д. М. Аронов —	Не сокращайте годы своей жизни!	7
Н. Савинв —	Глубина знаний, широта интересов	7
Е. И. Чазов —	Главный рычаг перестройки	8
Я. Таничева —	Наукв в союзе с практикой ведвт наступлвние на диабвт	8
13 августа — День физкультурника		
	Да здравствует движение!	8
Ю. В. Ступин —	Курорт рядом с домом	9
Л. А. Чубаров —	Три постулата Макаренко	9
Г. В. Осипов —	Первая русская женщина-врач	9
В. И. Покровский —	Перестройка в медицинской науке	10
Н. Морова —	Чтобы жить дальше	10
Советскому детскому фонду имени В. И. Ленина — один год		
С. Борисов —	Слово делом подкрепляется	10
В. А. Стародубцев —	Перестройка начинается с человека	11
И. Павленко —	Спешите делать добро!	11
	Нв рейде МАСКАП	11
Н. Меньшикова —	Здоровью народа — особое внимание!	12
1 декабря — Всемирный день борьбы со СПИДом		
А. Григорьев —	Каждый в ответе за всех!	12

В МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР



В. Н. Пичугин —	О мерах по улучшению медицинской помощи женщинам при искусственном прерыввнии беременности	1
В. Н. Пичугин —	О первоочередных мерах по улучшению здравоохранения в стране в 1988—1990 годах	2
В. Н. Пичугин —	Дневной стационар и стационар на дому	3
В. Н. Пичугин —	О госпитализации матерей или близких родственников в детские больницы или отделвния для ухода за больными детьми	4
В. Н. Пичугин —	Об оргвнизвции консультаций и госпитализации иногородних больных в Москве	5
В. Н. Пичугин —	Лекарства для населения	6
В. Н. Пичугин —	Перестройка системы психиатрической помощи	7
В. Н. Пичугин —	Какой будет скорая и неотложная медицинская помощь	8

НА ВЫСТУПЛЕНИЯ ЖУРНАЛА «ЗДОРОВЬЕ» ОТВЕЧАЮТ 1, 5, 6, 8, 11, 12

АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ

Е. И. Чазов —	Быть здоровым — престижно!	1
А. И. Кондрусев —	Окружающая среда — наш дом	4

ОСТРАЯ ПРОБЛЕМА

	Вирус на маникюрных щипчиках	3
М. Л. Гершвнович —	Что за сенсационным бумом вокруг катрэкса	4
Г. Крошин —	Меркурию не до шуток	5
Ю. Г. Фельдман, Н. Меньшикова —	Чем городу дышать?	7
Н. Свввина —	Как разрубить гордиев узел?	
	Долго ли нас будут отрввлять нитраты?	10
В. Школьникова —	Где брать гениальные умы завтра?	11

КОМАНДИРОВКА ПО ПИСЬМАМ ЧИТАТЕЛЕЙ

Н. Меньшикова —	В поселке нет фельдшера...	1
Л. Коновалова —	Большие беды в маленьких дворцах	2
Н. Меньшикова —	Феномен токаря Арефьева	8

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ. ВАШЕ МНЕНИЕ?

Ф. И. Комаров —	Быть готовым к подвигу	2
Н. М. Амосов —	Старости и болезням сопротивляться нужно активно	4
Ю. Власов —	Чтоб дух пылал...	5
В. И. Дикуль —	Потребность помогать людям	7

НАШИ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННЫЕ ЦЕННОСТИ

Р. Паулс —	Песня, услышвнная в детстве	2
В. Н. Минин —	Мир музыки	6

ОТКРОВЕННЫЙ СОБЕСЕДНИК

Р. Дасаев —	В любом деле нужна увлеченность	8

ЕСТЕСТВЕННОНАУЧНЫЕ СТАТЬИ

А. И. Брусиловский —	Как нвследуется группа крови?	6
А. Черняховский —	Один мозг — два видения мира	8, 9
А. И. Брусиловский —	Как нвследуется резус-фактор?	12

ЛАУРЕАТЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРЕМИИ СССР 1987 ГОДА

О. Лапутина —	Новое в реконструктивной хирургии кисти	2
Н. Е. Андреева —	Во имя спвсения жизни	3

НАД ЧЕМ РАБОТАЮТ УЧЕНЫЕ

А. Ю. Барышников —	Туфелька для Золушки	7
И. А. Мовшович, В. Я. Виленский —	Экспресс-ортезировввние	10
Ю. Ю. Бредикис —	Аритмия покоряется хирургам	12

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А. А. Темиров —	Гипертоническвя болезнь	1
А. М. Локшин —	Хронический гломерулонефрит	2
А. Л. Гребенев —	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	3
Г. А. Гвзарян —	Стенокардия	4
Л. Н. Мвксимовв —	Хронический бронхит	5
В. А. Галкин —	Желчнокаменная болезнь	9
М. М. Соловьев —	Квриес	10
Э. Р. Агвбабовв —	Болезнь Бехтерева	11

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А. А. Темиров —	Режим жизни гипертоника	1
О. М. Васильева —	Дивертикул двенадцатиперстной кишки	1
И. М. Скурихин —	Молоко. Кому, сколько и почему	1
Г. А. Таварткилвдзе —	Неврит слухового нерва	1
	Снова о СПИДе	1
А. М. Локшин —	Режим, диета, контроль	2
В. М. Михвйлова —	Хронический холецистопанкреатит	2
А. П. Голиков —	Боль в сердце	2
И. Н. Дьяконова —	Рассеянный склероз	2
В. К. Смирнов —	Привычкв или болезнь?	2
А. Л. Гребенев —	Весной пройдите курс профилактического лечения	3
Д. Д. Яблоков —	Привычка, грозящая бедой	3
В. С. Гавриленко —	В доме больной туберкулезом	3
В. М. Проценко, Н. Н. Полетов —	После операции на прямой кишке	3
Ю. С. Василенко —	После оперoccии нв гортвни	4










Г. А. Газарян —	О чам должан знать больной стенокардией	4
М. И. Наркевич —	Кек убарeчься от заражения СПИДом	4
И. М. Перцаа —	Это опасно для жизни!	4
С. С. Катеев —	Хронический гипвцидный гастрит	4
Л. Н. Максимоаа —	Старайтась на допускать тяжелых осложнаний	5
Г. Р. Покровская —	Если вы всарьез решили похудеть	5
Н. М. Мухарлямоа —	5 вопросов кардиологу	5
Г. И. Платонов —	В доме больной тубаркулазом	5
Г. А. Ульданов —	Глеукоме	5
Н. Т. Тимошина —	Как долго можно принимвть нигексин?	5
В. П. Зайцаа —	Харектер можат стать причиной инфаркта	6
И. Г. Лаврацкий —	Допегит и его еналоги	8
А. Г. Гринберг —	Рвк можно предупрадить!	8
И. А. Чистякоаа —	Почаму трудно лачить псориаз	8
Г. И. Бондереа —	Сколько надо есть мяса?	6
Н. В. Федорова —	Наврвлгия тройничного нерва	7
Г. А. Саланикоаич —	Консервы на ксилите	7
М. М. Леаачеа —	Жир в нашам рециона	7
	Вьетнвмския врвчи ракомандуют	7
В. Б. Киселев —	Бишофит — нвложанным плетажом	8
В. С. Володин —	Интимная жизнь посла инфврктa	8
И. И. Коновалов —	Минарельная вода — тожа лекарство	8
Е. П. Подрушняк —	Почему болят суставы у пожилых	8
М. Б. Анциферов, Е. Г. Стеростина —	Кожа и сахарный диебат	8
А. П. Кужакин —	Ортопедическиа приспособлания для стопы	8
В. А. Галкин —	Возможно ли прадупредить развитиа желчнокаманной болазни?	9
Ю. Ф. Майчук —	Блефарит	9
Г. Ф. Лазикова —	Как сдалеть свой оргвнизм неподвластным гриппу	9
В. С. Волкоеа —	Опущание почки	9
С. Г. Бурков —	Если вам нвзначано УЗИ	9
А. Н. Накрасоа —	И колат, и... лачит	9
М. М. Солоаьаа —	Как предупредить кариес	10
М. Я. Полуноа —	Хронический тонзиллит	10
Н. И. Аринчин —	Почаму сердца быстро изнашиваатся	10
В. М. Ламзутов —	Риск не оправдан. Роды в самолате	10
Т. А. Яппо —	Холестерин в продуктах. Сколько его надо здоровому чаловаку?	10
	Гимнастика по Коллакову для профилактики утомлания зрения	10
Э. Р. Агвбабова —	Спасениа — в движении!	11
И. Н. Ручкин —	Лачебная физкультурв при болезни Бехтарева	11, 12
Ю. М. Наменоеа —	Раздельное питание	11
Е. А. Вагнер —	Повреждена грудь — жизнь в опасности	11
В. С. Чугуноe —	«Илликетор Кузнацова» против бессонницы	11
Д. Н. Маянский, Л. Н. Шишкина —	Сигарате — убийца!	12
А. К. Токмелааа —	Острицы	12

КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЕМ

Г. Я. Лукачар —	На приама больная остеохондрозом позвоночника	1
М. Х. Турьяноа —	На приема пециант, перенесший гапатит В	4
М. А. Козаченко —	На приема барeманная, у которой были выкидыши	8
В. Г. Горюноа —	На приама больной аденомой простаты	8
Г. Я. Лукачер —	Консультент отвечаат читателям	9
С. Н. Вахремаава —	На приема ребенок, страдеющий экссудетивным диатезом	10
А. П. Голикоа —	На приаме больной, перенесший приступ боли в сердца	12

РАСТИ ЗДОРОВЫМ, МАЛЫШ!

И. С. Цыбульская —	Первые дни доме	1
И. С. Цыбульская —	Трудности адаптеции	2
С. Г. Грибакин —	От того, как вы будета кормить ребенка, зависит его развитиа	3
И. С. Цыбульскея —	Недоношенный рабенок	4
О. А. Лицеаа —	Массаж и гимнастика	5
С. Н. Таплюк —	Чему учит игрушка	8
Н. И. Нисевич, В. Ф. Учайкин —	Что надо знать родиталям о кори, краснуха, паротитной инфакции	7
Н. И. Нисааич, В. Ф. Учейкин —	Что надо знвть родиталям о скарлатина, дифтерии, полиомиелите, ветряной оспа	8
С. Г. Грибакин —	Ребенок за столом	9
Л. И. Каплан —	Ребенок идет в ясли	10
С. Г. Шмакоеа —	Закаливение: программа на 6 лет	11
	Парвая помощь при насчастных случвях	12

СПРАВОЧНОЕ БЮРО «ЗДОРОВЬЯ» ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ 1—12

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

С. Я. Долецкий —	На бойтесь доверять датям!	1
В. В. Коаалев —	Капризный, упрямый, непослушный	3
Б. О. Анджелян —	Где может заразиться ребанок?	6
А. А. Моруноаа —	Экстреннвя помощь рабенку, больному кишечной инфакциай	7
Э. Л. Журавац —	Дизантерия	7
Б. З. Драпкин —	Разговор с подростком и о подростка	9
А. Д. Лагун, М. Малконян —	Пока мама в больнице	9
В. Д. Казьмин —	Когда рождается слабоумный ребенок	9
А. А. Айдеров —	Нанужный обряд	10
А. В. Пичушков —	Вакцинация АКДС — благо или зло?	11
М. А. Жуковский —	Врожданный гипотиреоз	11
А. Л. Шабад —	Пиалонафрит у беременных	12
В. В. Польской —	Возможности иглорафлаксотарвпии при ДЦП	12
Д. Орлоаа —	Приключания Стобадв	1, 3, 5, 7, 9, 10

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

А. А. Бераноe —	Ключ к здоровью будущих поколаний	1
В. Е. Редзинский, Ш. Х. Кадыров —	На огрвничиввть, в регулироветь	2
И. А. Мануилоаа —	Не аборт, е контрвцапция!	3
Б. Л. Гуртоаой —	С чего нвчинаются многие жанскиа беды	5
И. А. Мануилова —	Польза и риск гормонельных контрецаптивоа	7
Н. Г. Баклааанко, А. Д. Апазоа —	Читатели спрашиааот — Минздрав СССР отвачаат	8
Л. Н. Барник —	Ритмичаский матод предупраждения бераманности	9

ОНА И ОН

И. Л. Ботнааа, В. М. Маслоа —	У истоков саксуальности	1
И. Л. Ботнеаа, В. М. Маслоа —	Эскизы будущего	5
И. Л. Ботнеаа, В. М. Маслоа —	Витя + Оля = любоеь	7

ОСТОРОЖНО, ДОРОГА!

А. В. Щаеалав —	Отведита баду!	5
А. В. Щавелеа —	Трагадии могло на быть	8

В РЕДАКЦИЮ ПРИШЛО ПИСЬМО

Ю. И. Полищук —	Лечебное голодания только в стецинонере!	1
А. И. Заиченко, Ю. М. Федоров —	Еще раз о нафталине	2
Э. С. Чапкяеичене —	Как уменьшить содержвния нитратов и нитритов в овощех	3
Л. К. Грачев —	Назевисимо от дохода семьи	3
М. Г. Цетлин —	Не лечиться — значит погибнуть	3
В. Б. Новичков, И. А. Скеорцоа —	Нужны ли экзаманационны стрессы?	4
Т. В. Новиковсквя, Б. П. Гроссу —	Самогон разрушаат организм	5
В. В. Шахов —	Пансия к пансии	5
В. И. Покроаский —	Тек где жа возник СПИД?	6

Д. Орлова —	Формула любви	6
Н. Н. Куинджи —	Нужен ли тихий час в пионерском лагере?	6
П. Я. Дамберга —	Рижский метод закаливания	7
Ю. Ф. Майчук —	Аллергические заболевания глаз	7
А. И. Назиев —	Как наносить йодную клетку	8
Э. Г. Парамонова —	И пополнеть тоже не просто	8
В. В. Зуевский —	Активированный уголь против атеросклероза?	9
Е. С. Жданова —	Букарбан и зрение	10
В. А. Тур, А. А. Ролдугин —	Налог на холостяков	11
М. И. Голубева —	Лекарство в ярких оболочках	12
Т. Е. Соколова —	Канарейки в квартире	12

ГИГИЕНА ТРУДА И БЫТА. ОТДЫХ. ФИЗКУЛЬТУРА

О. А. Иванова —	Проверьте свою гибкость	1
Ф. Л. Доленко —	Суставы дают визу на бег	2
Н. Козлова —	Гибкий график	2
	Всей семьей на лыжню!	2
О. А. Иванова —	Гибкость плечевого пояса	2
Ю. И. Курпан —	Соперницы Афродиты Книдской	3
	Смейтесь на здоровье!	3
О. А. Иванова —	Гибкость предплечья, лучезапястного сустава, кисти	3
В. Г. Герасименко —	Шумопоглощающий коврик для занятий физкультурой	4
В. И. Воробьева —	Хотите похудеть? Добро пожаловать!	4
Г. Н. Музруков, М. А. Чернышова, В. А. Силуянова, К. М. Барский, В. В. Смакалин —	УШУ — гимнастика для всех	4, 6, 7, 9, 11, 12
О. А. Иванова —	Гибкость локтевого сустава	4
О. А. Иванова —	Гибкость позвоночника	5
О. А. Иванова —	Подвижность тазобедренных суставов	6
В. В. Пыжов —	Научиться плавать могут все	7
О. А. Иванова, В. А. Силуянова —	Подвижность коленного сустава	7
Л. И. Татарникова —	Йога: пранаяма, асаны	8
О. А. Иванова —	Подвижность голеностопного сустава	8
	На отдых — всей семьей	9
С. Н. Абрамова —	Маска из бодяги	9
В. Е. Сумченко —	Сила, ловкость, красота	9—12
Л. И. Татарникова —	Упражнения по системе йоги	10

СОВЕТЫ СПЕЦИАЛИСТОВ НИИ КОСМЕТОЛОГИИ МЗ РСФСР

С. Н. Абрамова —	Как уберечь лицо от холода	1
М. С. Васильева —	Не хмурьтесь!	2
М. С. Васильева —	Защищайте лицо от прямых солнечных лучей	3
С. Н. Абрамова —	Духи или одеколон?	4
С. Н. Абрамова —	Чтобы руки не выдавали возраст	5
М. С. Васильева —	Перед встречей Нового года	12

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ

Д. А. Муравьева —	О «травах» без сенсаций	1
Д. А. Муравьева —	Сборы грудные, желчегонные, потогонные	2
Д. А. Муравьева —	Женьшень	3
Д. А. Муравьева —	Элеутерококк, заманиха, аралия маньчжурская	4
Д. А. Муравьева —	Лимонник, родиола розовая, левзея, стеркулия	5
Д. А. Муравьева —	Запомните «портреты» ядовитых растений	6
Д. А. Муравьева —	Валериана, пустырник, пион	7
Д. А. Муравьева —	Наперстянка, горицвет, ландыш	8
Д. А. Муравьева —	Солодка	9
Д. Киянский —	Топинамбур — сырье для лекарственных продуктов	9
Д. А. Муравьева —	Бессмертник, кукурузные рыльца, шиповник...	10
Д. А. Муравьева —	Толокнянка, брусника, можжевельник	11
Д. А. Муравьева —	Почечный чай, бузина, марена красильная	12

ВЫ СПРАШИВАЕТЕ

В. И. Хаснулин —	Неблагоприятные по геофизическим факторам дни	1—12
В. П. Сергиев —	Надо ли изолировать больного СПИДом?	7
В. В. Покровский, М. И. Наркевич —	Чем отличаются ВИЧ-1 и ВИЧ-2?	7
А. И. Кондрусев —	О СПИДе	9
В. И. Калинин —	Дыхательная гимнастика по К. П. Бутейко	9
О. Ф. Богатырев —	Какой заслон мы поставим СПИДу?	11
К. И. Гордеев —	Радиационная обстановка под контролем	11

НАМ ПИШУТ...

Л. А. Сергунина —	Рада за тех, кому вы поможете	2
В. Гордиенко —	Коляска — наша жизнь и наша... проблема	2
Петрова —	Хочу стать на сторону медиков	2
М. Позолотин —	Нужны центры социального обслуживания	2
В. Дудкин —	Нужен ли больнице медбрат?	3
Н. И. Ершова —	Забыли человека...	3
С. А. Малеев —	Может быть, достаточно справки?	3
И. А. Буряковский —	Внести в «Правила дорожного движения»!	3

ЕСЛИ ВЫ ИЩЕТЕ СПУТНИКА ЖИЗНИ	1—4, 11
РЕКЛАМА	1—10, 12
НАША ИНФОРМАЦИЯ	10
ГОВОРЯТ, ЧТО...	10
РАЗВЛЕЧЕНИЕ НЕ БЕЗ ПОЛЬЗЫ	6, 7, 10
ЭТО ДОЛЖЕН ЗНАТЬ КАЖДЫЙ	1—12

В. Д. Малышев, Х. Т. Омаров —	Первая помощь при острых нарушениях дыхания и кровообращения	1
В. Д. Малышев, Х. Т. Омаров —	Ручные методы искусственного дыхания	2
В. Д. Малышев, Х. Т. Омаров —	Методы восстановления проходимости дыхательных путей	3
В. Д. Малышев, Х. Т. Омаров —	Вы стали свидетелем дорожно-транспортного происшествия...	4
В. Д. Малышев, Х. Т. Омаров —	Первая помощь при электротравме	5
В. Д. Малышев, Х. Т. Омаров —	Первая помощь при утоплении	6
В. Д. Малышев, Х. Т. Омаров —	Первая помощь при перегревании, тепловом и солнечном ударах	7
В. Д. Малышев, Х. Т. Омаров —	Транспортировка пострадавших и тяжелобольных	8
В. Д. Малышев, Х. Т. Омаров —	Первая помощь при отравлении бытовым, угарным газом, выхлопными автомобильными газами	9
В. Д. Малышев, Х. Т. Омаров —	Первая помощь при боли в сердце	10
Л. П. Логинов —	Первая помощь при ожогах	11
А. И. Свешникова —	Первая помощь при отморожении	12

Адрес редакции:
101454, ГСП-4, Москва,
Бумажный проезд, 14.

Телефоны.
212-24-17; 251-44-34;
251-20-06; 212-24-90;
250-24-56; 251-94-49.

Сдано в набор 20.10.88.
Подписано к печати 01.11.88. А 11819.
Формат 80×90⅛. Глубокая печать.
Усл. печ. л. 4,50. Уч.-изд. л. 7,58.
Усл. кр.-отт. 7,50.
Тираж 18 800 000 экз.
(3-й завод: 10 449 337—11 899 519 экз.).
Заказ № **4897.**
Фотоформы изготовлены в ордене Ленина и ордена Октябрьской Революции типографии имени В. И. Ленина издательства ЦК КПСС «Правда». 125865, ГСП, Москва, А-137, улица «Правды», 24.

Отпечатано в ордене Трудового Красного Знамени типографии издательства ЦК КП Узбекистана, г. Ташкент, улица В. И. Ленина, 41.